ESTIMATES

Health Canada

Performance Report

For the period ending
March 31, 2003

Canada

The Estimates Documents

Each year, the government prepares Estimates in support of its request to Parliament for authority to spend public monies. This request is formalized through the tabling of appropriation bills in Parliament.

The Estimates of the Government of Canada are structured in several parts. Beginning with an overview of total government spending in Part I, the documents become increasingly more specific. Part II outlines spending according to departments, agencies and programs and contains the proposed wording of the conditions governing spending which Parliament will be asked to approve.

The *Report on Plans and Priorities* provides additional detail on each department and its programs primarily in terms of more strategically oriented planning and results information with a focus on outcomes.

The *Departmental Performance Report* provides a focus on results-based accountability by reporting on accomplishments achieved against the performance expectations and results commitments as set out in the spring *Report on Plans and Priorities*.

The Estimates, along with the Minister of Finance's Budget, reflect the government's annual budget planning and resource allocation priorities. In combination with the subsequent reporting of financial results in the Public Accounts and of accomplishments achieved in Departmental Performance Reports, this material helps Parliament hold the government to account for the allocation and management of funds.

©Minister of Public Works and Government Services Canada — 2003

This document is available in multiple formats upon request.

This document is available on the TBS Web site at the following address: www.tbs-sct.gc.ca.

Available in Canada through your local bookseller or by mail from
Canadian Government Publishing — PWGSC
Ottawa, Canada K1A 0S9

Catalogue No. BT31-4/42-2003
ISBN 0-660-62393-5

Foreword

In the spring of 2000, the President of the Treasury Board tabled in Parliament the document "Results for Canadians: A Management Framework for the Government of Canada". This document sets a clear agenda for improving and modernising management practices in federal departments and agencies.

Four key management commitments form the basis for this vision of how the Government will deliver their services and benefits to Canadians in the new millennium. In this vision, departments and agencies recognise that they exist to serve Canadians and that a "citizen focus" shapes all activities, programs and services. This vision commits the Government of Canada to manage its business by the highest public service values. Responsible spending means spending wisely on the things that matter to Canadians. And finally, this vision sets a clear focus on results – the impact and effects of programs.

Departmental performance reports play a key role in the cycle of planning, monitoring, evaluating, and reporting results to Parliament and citizens on behalf of ministers. Departments and agencies are encouraged to prepare their reports following principles for effective performance reporting (provided in the *Guide to Preparing the 2003 Departmental Performance Report*: http://www.tbs-sct.gc.ca/rma/dpr/02-03/guidance/gl-ld_e.asp). Based on these principles, an effective report provides a coherent and balanced picture of performance that is brief and to the point. It focuses on outcomes - benefits to Canadians and Canadian society - and describes the contribution the organisation has made toward those outcomes. It sets the department's performance in context, associates performance with earlier commitments, explains any changes, and discusses risks and challenges faced by the organisation in delivering on these commitments. Achievements realised in partnership with other governmental and non-governmental organisations are also discussed. Supporting the need for responsible spending, it links resources to results. Finally, the report is credible because it substantiates the performance information with appropriate methodologies and relevant data.

In performance reports, departments and agencies strive to respond to the ongoing and evolving information needs of parliamentarians and Canadians. The input of parliamentarians and other readers can do much to improve these reports over time. The reader is encouraged to assess the performance reports of organisations according to the established principles, and provide comments to departments and agencies to help them improve in their next planning and reporting cycle.

This report is accessible from the Treasury Board of Canada Secretariat Internet site:
http://www.tbs-sct.gc.ca/rma/dpr/dpre.asp

Comments or questions can be directed to:
Results-based Management Directorate
Treasury Board of Canada Secretariat
L'Esplanade Laurier
Ottawa, Ontario K1A OR5
OR at: rma-mrr@tbs-sct.gc.ca

Health Canada

Departmental Performance Report

for the period ending March 31, 2003

A. Anne McLellan
Minister of Health

Table of Contents

Section I: Minister's Message 9
Section II: Departmental Overview 11
About Health Canada 13
Our Vision 13
Mission Statement 13
Objective 13
Roles 14
In Concert with Others 15
Flexibility for a Changing Environment 15
Health Canada Is One of Many Influences on the Health of Canadians and the Health System 15
Departmental Priorities 16
Organizing for Results 18
Health Canada at Work across the Country 18
Health Canada Organization 21
Improving Performance Measurement 22
Reliability of Performance Data 23
At Work with Portfolio Partners 24
Section III: Departmental Performance by Strategic Outcome 25
A: Chart of Strategic Outcomes 26
B: Performance Accomplishments by Strategic Outcome 34
A Strong and Sustainable Health Care System 34
A Healthier Population by Promoting Health and Preventing Illness 41
Safe Health Products and Food 51
Healthier Environments and Safer Products for Canadians 57
Sustainable Pest Management Products and Programs for Canadians 65
Healthier First Nations and Inuit through Collaborative Delivery of Health Promotion, Disease Prevention and Health Care Services 71
Improved Evidence-Base and Increased Use of Information and Communication Technologies to Support Health Decision-Making 82
Effective Support for the Delivery of Health Canada's Programs 88
Section IV: Government Themes and Management Issues 95
Modern Comptrollership (Modern Management Practices) 95
Sustainable Development 97
Service Improvement Initiative 98
Accountability to Canadians 100

Government On-Line 100
Health System Performance Reporting 102
Alternative Service Delivery – Foundations 102
Procurement and Contracting 104
Materiel Management 105
Gender-Based Analysis 106
Section V: Financial Performance 107
Financial Performance Overview 107
Financial Table 1: Summary of Voted Appropriations Authorities for 2002-2003 . 108
Financial Table 2: Comparison of Total Planned Spending to Actual Spending ... 109
Financial Table 3: Historical Comparison of Total Planned Spending to Actual Spending 110
Financial Table 4: Crosswalk between Strategic Outcomes and Business Lines ...111
Financial Table 5: Revenue 112
Financial Table 6: Transfer Payments 113
Financial Table 7: Resource Requirements by Organization and Business Line ... 114
Financial Table 8: Contingent Liabilities 115
Section VI: Other Information 117
Contact Us 118
References 119
Section VII: Measuring Health in Canada – more results relating to the Health Status of Canadians 121
Section VIII: Executive Summary: Response to the Public Accounts Committee Tenth Report on the Auditor General's Report, October 2000 137
First Nations Health: Follow-Up 137
Vacancies in regulatory and surveillance programs 141
Index 143

The following electronic Annexes are available on the Health Canada website at http://www.hc-sc.gc.ca/english/care/estimates/index.htm.

Annex A: Regulatory Initiatives and Statutes and Regulations

Annex B: Details on Transfer Payments, 2002-2003 Actual Spending

Annex C: Response to the Public Accounts Committee – First Nations Health: Follow-up

Annex D: External Charging

Section I:

Minister's Message

It is my pleasure to present to Parliament and the people of Canada the 2002-2003 Departmental Performance Report for Health Canada.

Our health care system is our most cherished social program. It is a national priority that must be central to all governments' agendas. As Minister of Health, I am proud to lead Health Canada in its ongoing efforts to provide all Canadians with access to high quality health care.

Health Canada has an extensive range of programs and services that benefit the health of all Canadians. In addition to these ongoing responsibilities, the Department was also able to address many anticipated and unanticipated events that emerged during 2002-2003.

One of those priorities was working with our provincial and territorial partners towards a renewed health care system. Progress included the agreement by Canada's First Ministers on a Health Accord, which will improve access to quality health care for all Canadians. The Accord builds on the commitments made by First Ministers in 2000, which included strengthening primary care, supporting the acquisition of new diagnostic equipment, and requiring governments to report on results.

In 2002-2003, we also took action to address threats to the health of Canadians. We acted promptly when Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) emerged in Canada and supported actions to counter threats to Canadians posed by West Nile virus, both directly and through our blood supply.

In response to these recent events, Health Canada has begun to focus on a new Canadian Public Health Centre, which will serve all Canadians in the fight against diseases and the fight for better public health.

We have also taken concrete steps forward on such fundamental issues as the pan-Canadian Healthy Living Strategy,

which will help provide Canadians with the support they need to live healthier lives through healthy eating, increased physical activity and the reduction of tobacco use.

As part of our greater commitment to closing the gap in health status between Aboriginal and non-Aboriginal Canadians, Health Canada continued its efforts to improve health services and programs in First Nations and Inuit communities. These activities were supported by new funding of $1.3 billion allocated in the 2003 Budget.

The modernization of the *Pest Control Products Act*, completed in 2002, will help to ensure that Canadians can enjoy a safe and abundant food supply while knowing that they are protected from the health and environmental risks posed by these products.

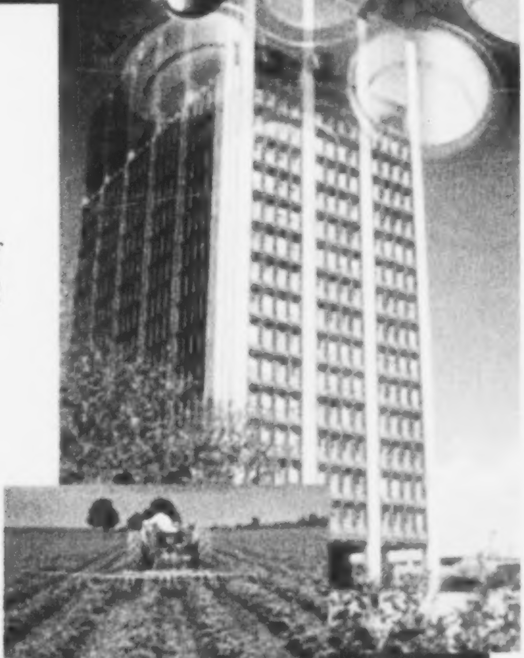
In these and many other ways, the people of Health Canada worked with their partners across Canada and around the globe throughout 2002-2003 to fulfill our mandate – to help the people of Canada maintain and improve their health.

A. Anne McLellan

Minister of Health

Section II:

Departmental Overview



Health Canada Santé Canada

Our Mission

To help the people of Canada maintain and improve their health.

About Health Canada

Health matters deeply to Canadians – to individuals, families and communities – as does Canada's health system, which has become a defining feature of this country. The importance of health to Canadians reflects the demonstrated benefits of good health to individual well-being and to the well-being of our society and economy.

The Government of Canada recognizes the high priority that Canadians place on health and has given Health Canada the mandate to address Canada's health agenda. The *Department of Health Act* formally establishes the Department's mandate, while the Minister of Health is also responsible for the direct administration of another 18 laws, which include the *Canada Health Act*, the *Food and Drugs Act*, the *Pest Control Products Act*, and the *Controlled Drugs and Substances Act*.

In addition to these legislated responsibilities, the Department has significant policy development, program and service delivery roles that reach a wide range of Canadians. Much of this work is carried out by Health Canada staff in communities throughout Canada. Their work touches the lives of all Canadians and involves many partners who share the same commitment to improved health for Canadians. These partners include provincial and territorial governments, First Nations and Inuit communities and other stakeholders.

The departmental mandate, roles and responsibilities are captured in Health Canada's vision and mission statements and in the Department's objective.

Our Vision

Health Canada is committed to improving the lives of all of Canada's people and to making this country's population among the healthiest in the world as measured by longevity, lifestyle and effective use of the public health care system.

Mission Statement

To help the people of Canada maintain and improve their health.

Objective

Health Canada works with many partners to fulfill its mission. This objective is met in many different ways by:

- Preventing and reducing risks to individual health and the overall environment;
- Promoting healthier lifestyles;
- Ensuring high-quality health services that are efficient and accessible;
- Integrating renewal of the health care system with longer-term plans in the areas of prevention, health promotion and protection;
- Reducing health inequalities in Canadian society;
- Providing health information to help Canadians make informed decisions.

Health Canada strives to ensure that Canadians enjoy the best possible health outcomes. This is a challenge given the ever-expanding and complex range of needs, demands and available interven-

tions. Through a network of regional offices and its numerous partnerships, the Department helps to maintain effective and sustainable systems for health that allow the greatest number of Canadians to enjoy good health throughout their lives. The Department strives to reduce inequalities in health status, particularly among children, youth, seniors, and First Nations people and Inuit.

The circumstances and behaviours of Canadians vary. So in order to successfully achieve its objective, Health Canada strives to improve community capacity to deal with health issues while assisting Canadians in making informed choices about their health. It is through research, surveillance and information sharing that Health Canada works to inform the development of policies by others who support health.

Along with its partners, Health Canada takes a comprehensive view of health, arrives at priorities through careful studies, including science and research and evidence-based decisions, and decides how those decisions can best be put into practice. The results are effective policies, regulations and programs that help anticipate and meet future needs and challenges to the health of Canadians.

Roles

Health Canada plays many roles in order to achieve this objective. Overall, the Department leads and partners with others in both health protection and promotion.

Leader and Partner: Health Canada is the national leader on health matters with responsibility for administering the *Canada Health Act*, the cornerstone of Medicare in Canada. The Department develops policies to help the health care system adapt to evolving realities, identifies and addresses the determinants of health, and seeks to contribute to the Government's Innovation Agenda.

Funder: The federal government is a major contributor to health care funding through the Canada Health and Social Transfer. There are additional improvements and modernization realized through other programs. Health Canada transfers funds to First Nations and Inuit organizations to help them provide community health services. In addition, grants and contributions to various organizations reinforce the Department's health objectives.

Guardian and Regulator: The Department protects the health of Canadians by managing product-related risks and providing information to enable Canadians to make informed decisions about health products available to them. Health Canada strives to minimize health risk factors to Canadians and maximize the safety of health products and food. The regulatory system covers pesticides, toxic substances, pharmaceuticals, biologics, medical devices, cosmetics, consumer products, chemicals and natural health products. The Department delivers a range of programs and services in environmental health and protection. Other responsibilities include the areas of substance abuse, tobacco policy, workplace health and the safety of consumer products. The Department monitors and tracks diseases and takes action where required.

Service Provider: Health Canada provides supplementary health benefits to

700,000 First Nations people and Inuit. Services available to these communities include prevention, promotion, primary care and addiction services. In addition, the Department provides occupational health and safety services to all federal employees and in all federal facilities.

Information Provider: Health Canada's high-quality science and research supports the development of new policies, regulations, services, information and management that are essential elements in maintaining Canada's world-class health care system. Through research and surveillance, the Department supplies information that Canadians can use to maintain and improve their health. It also supports research across Canada to expand the scientific and technical knowledge base. As a key national provider of health information, the Department emphasizes both positive health activities and illness prevention measures.

In Concert with Others

Health Canada works with the people of Canada through consultation and public involvement. This includes working with our partners: provinces and territories, First Nations and Inuit communities, professional associations, consumer groups, universities, research institutes, international organizations, volunteers, and other federal departments and agencies.

Flexibility for a Changing Environment

Health Canada is keenly aware of the forces that shape health, with a number of factors constantly changing the environment:

- increased public preoccupation with health matters and the accompanying demands for quick access to services and information;
- shifting demographic patterns that put pressure on health care services;
- rapid scientific advances that create both health benefits and pressures;
- growing world migration, travel and business patterns that create additional health challenges;
- a need for transparency in decision-making and accountability.

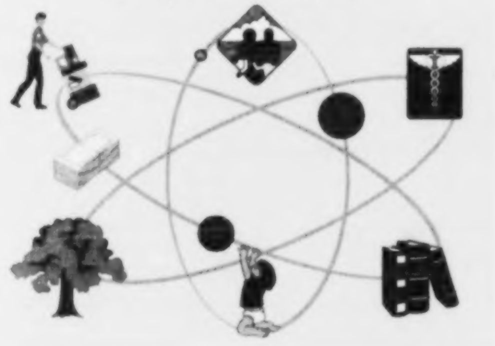
In the face of this constant evolution, Health Canada remains flexible in its operations, its allocation of limited resources and its response to these forces.

Health Canada Is One of Many Influences on the Health of Canadians and the Health System

Health Canada is committed to reporting on its activities in ways that show clear benefits for Canadians from the use of public funds. Meeting that commitment and demonstrating tangible results in terms of clear

outcomes is deeply influenced by two overriding facts about health in Canada:

The first is that the health status of individual Canadians, groups in society and Canadians in general is the result of many factors, most of which are beyond the direct, measurable reach of one department or one government.



A web of social, economic, genetic, environmental and other determinants combine to shape the health of individuals and communities http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/regions/ab-nwt/pdf/resources/Determinants_colour_e.pdf. An effective health system, including the work of Health Canada, is valuable in helping to address the health needs of citizens, yet those "upstream" determinants have such a profound influence on the options available to any health system that clear links between specific departmental action and large-scale health outcomes are challenging to indicate.

The second major factor is that Canada's formal health system encompasses the contributions of many partners at all levels of government and in the public, voluntary and private sectors, making effective partnership a constant element in health strategies.

All levels of government in Canada have responsibilities that affect the health of Canadians. Health services are provided by many individuals, government agencies, non-profit organizations and businesses who represent the front line of direct health services to Canadians. The practical impact is that Health Canada works to achieve its results through many partnerships and, by influencing and informing the decisions of others.

Departmental Priorities

In our medium-range planning for the 2002-2003 through 2004-2005 fiscal years, our Department identified five departmental priorities that responded to key health issues where federal involvement would be critical and, to government-wide commitments. We provide more details on these priorities and the operating environment that influenced departmental actions in Section III of this Report.

Health Care System Renewal – This priority recognizes the priority that Canadians place on national leadership through Health Canada for an effective health care system that incorporates the principles of the *Canada Health Act*. We were aware that the work of the Romanow Commission and other initiatives would call on our capacity to help the government define and assess options for renewal, adding to a base we were already establishing through implementing the 2000 First Ministers' Agreement on Health. We worked with partners, particularly in provincial and territorial govern-

ments, to discuss the issues that eventually were the focus of the First Ministers' Accord on Health Care Renewal in February 2003. A major, ongoing challenge in this work was the complex relationship between the Government of Canada, which provides a substantial portion of health funding and has a responsibility for ensuring compliance with the *Canada Health Act*, and the provincial and territorial governments that face continually rising expectations from their own citizens and stakeholders as well as direct jurisdiction over most aspects of health care.

First Nations and Inuit Health – We continue to work to enhance the provision of services and programs to First Nations and Inuit communities to close the gap in health status between Aboriginal and non-Aboriginal Canadians. Programming and services for First Nations and Inuit is consistent with the overall Department's focus on health promotion and prevention, recognizing that health status reflects a multitude of circumstances and individual choices. Additionally, the Government of Canada committed an additional $1.3 billion over the next five years to address pressures facing the First Nations and Inuit health system and to support sustainable programming for First Nations and Inuit.

Safety and the Management of Risks – Health Canada has a broad mandate in regard to the safety of Canadians, with responsibilities for maximizing safety and managing risks in relation to consumer and health products. Our planning for the year reflected the demand for access to products while meeting expectations of safety, given the best available evidence. In addition to other commitments, we expected to support the legislative process for a new *Pest Control Products Act* and increase our capacity to address natural and man-made emergencies and security concerns in the wake of the events of September 11, 2001.

More specifically, through its share of governmental funding earmarked for national health security and counter-terrorism measures, Health Canada is enhancing and strengthening its capacity to respond to health-related safety and security initiatives. While an act of terrorism against Canada is unlikely, the consequences of such an event could be high. As such, Canada is bolstering its response capabilities.

Balancing the Health Agenda – We went into 2002-2003 fully aware that one of the best ways to ensure a sustainable health care system was to invest in the "upstream" actions that influence health, such as health protection and promotion and disease prevention. We planned for continued work on tobacco control and action to address chronic diseases and emerging ones, for example, West Nile virus. The 2001 Speech from the Throne set out commitments in these areas and in related fields such as expanded support for early childhood development. We also expected to play a full role in providing improved access to health information through the Internet. In addition to these anticipated roles, the end of the fiscal year saw us responding quickly to the Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) outbreak.

Accountability to Canadians – Our Department identified five areas for action to enhance our accountability: clear inter-

nal and external responsibilities; improved decision-making, management practices and financial accountability, particularly in our contracting and in the grants and contributions we make to help achieve health outcomes; a strong oversight capacity for decisions; an effective audit function, with greater attention to increasing a common sense of values and ethics among staff; and the human resources leadership to ensure that we have the people with the skills and the working environment to meet our commitments to the government, Parliament and Canadians.

Integrated Risk Management

In Health Canada, risk management is an ongoing priority as it relates to health risks. The Department continues to improve its risk management practices and is taking an organization-wide approach to understanding, managing and communicating corporate risks. The Department has established an Office of Integrated Risk Management. Further, all Branches, Regions and areas of functional expertise have assigned a senior official to create a network responsible for taking the necessary actions to implement an Integrated Risk Management Framework (IRMF). In June 2003, the Department's Executive Committee approved a strategy and action plan to implement an IRMF, in line with the Treasury Board initiative. The Departmental Executive Committee also agreed that risk management is an integral component of the Department's business cycle and one of the first steps in building an IRMF will be the development of a corporate risk profile.

Organizing for Results

Organization and Program Delivery

The Department's organization chart indicates the structure of Health Canada. What a chart cannot convey is the primary focus of Health Canada employees in all regions of the country on achieving results through partnerships and collaboration with stakeholders.

Health Canada at Work Across the Country

Health Canada's main delivery points for the Department's national programs and the contact points for provincial and territorial partners are spread across the country. In each region, the Regional Director General is the senior representative for Health Canada, responsible for ensuring departmental coherence. Regional staff work with the governments of the provinces and territories, First Nations and Inuit communities, professional associations, consumer groups, universities and colleges, research institutes, international organizations, volunteers and other federal departments and agencies to deliver departmental programs that are tailored to local conditions and raise awareness of departmental initiatives. We consult with the businesses that operate in regulated fields, consistent with the government commitment to smart regulation and transparency. Regional staff also provide information on regional trends and issues

for the development of national policies and programs, and respond to health issues that are regionally specific.

The **Service Provider** and **Funder** roles are particularly important in the region. With their respective partners, regions deliver Health Canada's national community-based programs, as well as extensive health services to First Nations and Inuit. In doing so, the program delivery function serves a larger objective, that of community capacity building.

Regional staff are engaged in the roles of **Information Provider** and **Leader/Partner** through research and policy development including environmental scans, intelligence gathering and Federal/Provincial/Territorial (F/P/T) relations through coordinated and regular contacts with provincial and territorial health officials. Regional labs serve as strong research nodes within the organization. Regional offices also contribute to many research projects with community partners and academics.

In addition, through extensive community partnerships, regional offices are involved in **public education** and **consultation**, on issues as widespread as tobacco, diabetes and AIDS prevention, as well as parental education to support healthy child development and falls prevention information for senior citizens. They are also responsible for conducting regional consultations on regulatory issues that affect the health of Canadians.

As **Guardians and Regulators**, regional staff monitor and enforce federal health legislation and regulations and monitor the provincial/territorial health system to ensure that the principles of the *Canada Health Act* are respected. They monitor and inspect biologics, drugs, medical devices, pesticides and natural health products and manufacturers, and they enforce consumer safety regulations for chemicals, tobacco and consumer products. They work with other federal departments to maintain and improve the health of their workers. They complete drug analysis for law enforcement.

The face of Health Canada can be found across the country, striving to help the people of Canada maintain and improve their health.

Health Canada's offices are located in the primary areas where the Department's programs and services are delivered, from east to west. There are some 500 health facilities and more than 45 treatment centres for First Nations and Inuit individuals across the country. The management of many of these facilities was handed over to the First Nations and Inuit communities.

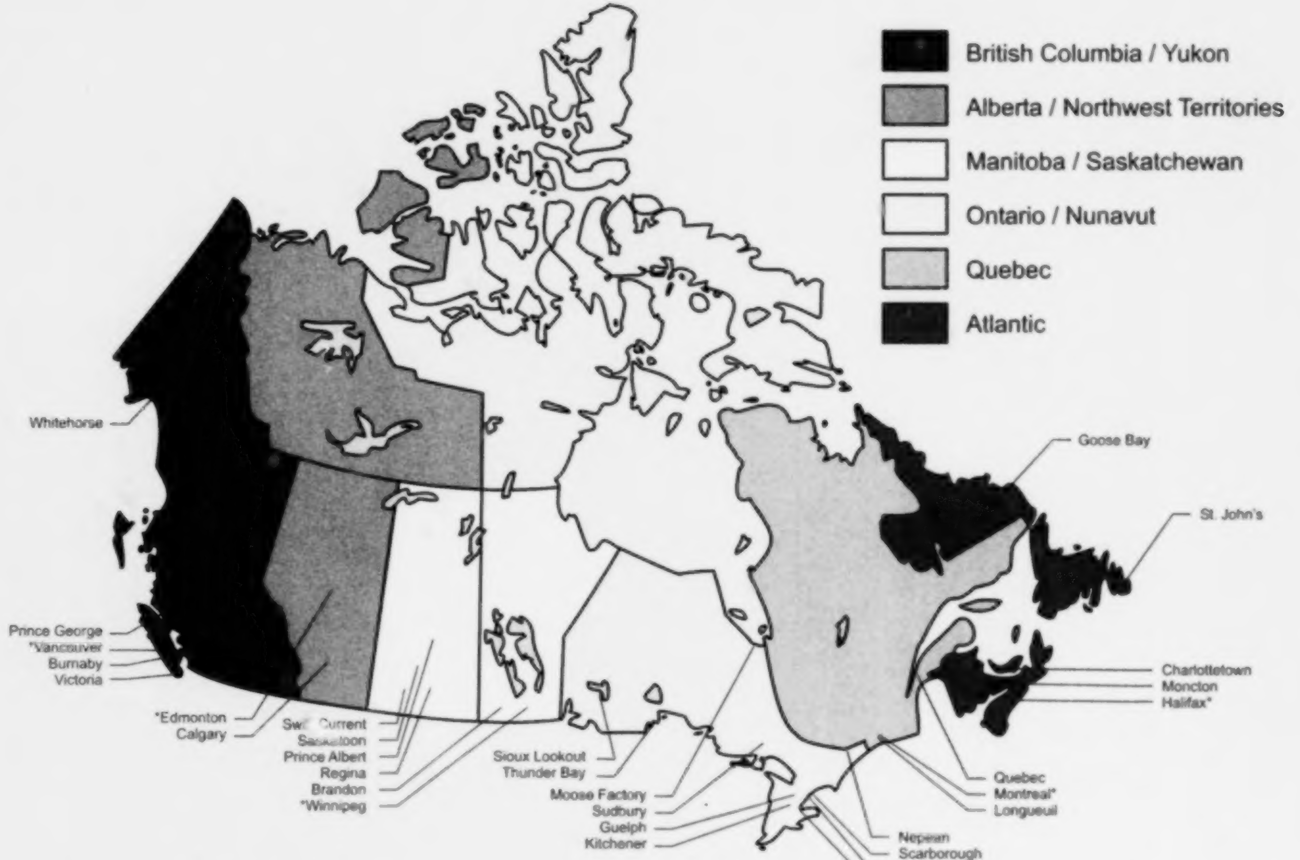
Health Canada also has nine laboratories* designed for providing chemical, physical and microbial analysis services. Those services support the inspection, investigation and surveillance activities of the Department.

In 2002-2003, Health Canada funded, through Population and Public Health Branch programs, 1,730 projects carried out by regional and community bodies.

---

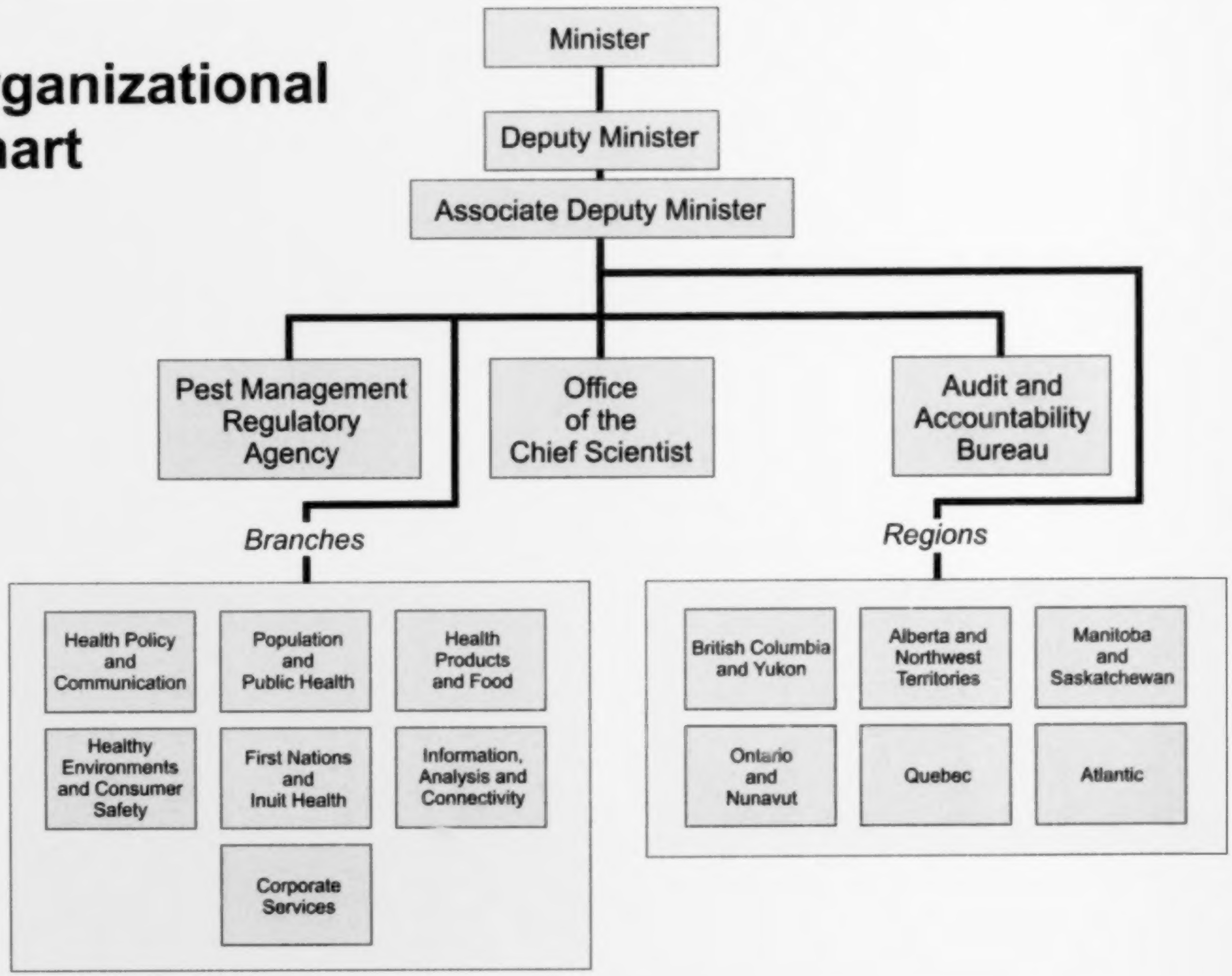
* The Laboratory for Foodborne Zoonoses in Guelph has two other units, one in Lethbridge, Alberta, and the other in Saint-Hyacinthe, Quebec.

Health Canada at Work Across the Country



Note: This map indicates only where Health Canada has significant presence.
* indicates location of Regional Directors General

Organizational Chart



Improving Performance Measurement

This Departmental Performance Report (DPR) has been written during a time of change for Health Canada. The Department, in support of government-wide initiatives, such as *Results for Canadians*, is developing a performance management system focused largely on health outcomes. The objective is to have a set of frameworks that will clearly link and align Health Canada's desired strategic outcomes, departmental priorities and high-level performance indicators to the Department's day-to-day activities and responsibilities.

As part of this process, each of Health Canada's strategic outcomes will be further defined through a maximum of six performance indicators that would focus attention on and monitor some of the most important outcomes expected of the Department's efforts. The intention is to make use of existing information with an eye to costs, benefits and cost-effectiveness in monitoring results. In some cases, this may mean using indicators that are also the focus of health reporting as agreed to in First Ministers' Health Accords. This would ensure consistency with reporting that contributes to the annual *Canada's Performance* report from the President of the Treasury Board.

Health Canada recognizes that attribution of results is a challenge in the highly-collaborative environment of health issues. This may mean use of qualitative indicators in situations in which quantitative indicators are not feasible. It may also mean that determinants of health, such as personal empowerment, healthy communities and social cohesion, may be reflected in performance indicators.

This Departmental Performance Report has been influenced by the work toward the new performance management framework, as well as the evolving expectations of Treasury Board Secretariat and the Office of the Auditor General. Accordingly, this DPR attempts to identify measures of impact, such as the use by front-line health professionals and consumers of Health Canada-generated research, guidelines, publications and other tools. It also draws on evaluation data and feedback from partners.

Reliability of Performance Data

Many data sources were used in the preparation of this report. The charts in Section VII were produced using databases and population health surveys from Statistics Canada, health data from the Organization for Economic Co-Operation and Development (OECD), and internal data sources. Many of these sources were also used in the preparation of Section III.

Statistics Canada – Vital Statistics (Deaths database)

The vital statistics death registration system covers all deaths occurring in Canada. The central Vital Statistics Registry in each province and territory provides data from death registration forms to Statistics Canada. Deaths are classified according to the International Classification of Diseases, and are tabulated by age and sex, and by province and sex. Due to legal reporting requirements prior to burial or other disposition of a body, registration of deaths is considered to be very comprehensive. As such, the Deaths database is a very reliable data source.

Statistics Canada – Population Surveys

Population surveys are frequently used by Health Canada in measuring the health of Canadians. Health Canada either funds or subscribes to many population health surveys conducted by Statistics Canada. Surveys which were used for indicators contained within this report include the National Population Health Survey, Canadian Community Health Survey, Canadian Tobacco Use Monitoring Survey, and National Longitudinal Survey of Children and Youth.

Population health surveys are used to estimate certain key performance indicators. All data which have come from a population health survey conducted by Statistics Canada and are used in this report have variability which falls well within Statistics Canada's guidelines for reporting of data.

OECD Health Data

For international comparisons, yearly data published by OECD were used. Variables are chosen for inclusion by OECD for reliability and comparability across nations. Reliability of these indicators will vary according to the quality of the statistical reporting system in the country being measured. An effort was made to use data from the G7 countries for better comparability. An additional benefit of choosing this subset of countries is that data from these countries have a higher likelihood of reliability.

A Statistical Profile on the Health of First Nations in Canada

Data on the First Nations and Inuit population come from the above noted report, published by Health Canada in 2002. This report presents a national description of the current health status and conditions of First Nations people on reserves in Canada. Limitations in the data used in preparing the report are described in greater detail at http://www.hc-sc.gc.ca/fnihb/sppa/hia/publications/statistical_profile.htm.

Internal Data Sources

Data from several internal sources were used in preparing this report such as the Infectious Diseases database and various evaluations. Reliability of some internal data is constrained by issues such as differences in definitions and gaps in some data.

At Work with Portfolio Partners

While this Report only addresses the work of Health Canada during 2002-2003, the Department is part of a larger portfolio of organizations that report to Parliament through the Minister of Health. In particular, the Department works collaboratively with the Canadian Institutes of Health Research (CIHR). This relationship helps CIHR to ensure that the health research it funds takes into account broader health system priorities and rapidly emerging issues.

As part of Health Canada's responsibilities under the Workplace Hazardous Material Information System, the Department also interacts with the Hazardous Materials Information Review Commission (HMIRC). That Commission operates under the *Hazardous Materials Information Review Act* to decide on applications from manufacturers and suppliers of potentially hazardous products to safeguard specific trade secrets from otherwise-mandatory disclosure, while also protecting the health of workers who may come in contact with those products.

Given the work by Health Canada and provincial and territorial government partners to address the impact of rising drug costs on overall health expenditures, collaboration with Patented Medicine Prices Review Board (PMPRB) has been useful. PMPRB is an independent quasi-judicial body, created under the *Patent Act* to protect consumer interests in light of increased patent protection for pharmaceuticals. A key element in its mandate is to ensure that the prices charged by manufacturers of patented medicines in Canada are not excessive.

Section III:

Departmental Performance by Strategic Outcome

A: Chart of Strategic Outcomes

Business Line: Health Care Policy
Accountability: ADM, Health Policy and Communications Branch
2002-2003 Actual: $133.1 million **Full-time equivalents:** 422

Strategic Outcome *The wording of some strategic outcomes may differ from previously published documents because of the evolution of the Performance Management Framework.*	**Performance Expectations** *Performance Expectations listed below were identified as Strategic Outcomes in the 2002-2003 Report on Plans and Priorities (RPP).*	**Priorities** *As identified in the 2002-2003 RPP*
A Strong and Sustainable Health Care System	PE 1.1 Publicly-funded hospital and physician services consistent with the principles of the *Canada Health Act*.	Uphold the *Canada Health Act* and work with the provinces and territories to ensure that all governments fulfill their commitment to its principles.
	PE 1.2 Initiatives and approaches that strengthen the Canadian health care system.	Implement commitments made by First Ministers in the September 2000 First Ministers' Agreement on Health.
		Analytical initiatives to track, understand and provide evidence-based policy advice on key current and emerging health care issues.
		Support the provision of quality end-of-life/palliative care within the Canadian health care system.
		Support the provision of effective health services for women in Canada.
	PE 1.3 Partnerships among federal, provincial and territorial governments, key stakeholders, Canadians and international organizations.	Effective and productive partnerships.
		Develop and disseminate knowledge about health policies and practices through participation in, and organization of, international conferences, meetings and dialogues.
		Canadian position on international policy issues reflecting health policy objectives.

Business Line: Health Promotion and Protection
Service Line: Population and Public Health
Accountability: ADM, Population and Public Health Branch
2002-2003 Actual: $415.5 million **Full-time equivalents:** 1,282

Strategic Outcome *The wording of some strategic outcomes may differ from previously published documents because of the evolution of the Performance Management Framework.*	Performance Expectations *The Population and Public Health Service Line identified four strategic outcomes in the 2002-2003 RPP. As a result of continuing efforts to improve reporting, the performance expectations have been redefined.*	Priorities *As identified in the 2002-2003 RPP*
A Healthier Population by Promoting Health and Preventing Illness	PE 2.1 Promote healthy living.	Increase public awareness of methods of preventing and controlling chronic diseases.
		Strengthen national, provincial and community level capacity to prevent and control chronic diseases.
		Improve Canadians' health through the prevention of family violence, and through the promotion of mental health and fitness/active living.
		Share information and build community capacity to improve the health and well-being of children, seniors and rural Canadians.
		Effective relationships with stakeholders, national voluntary organizations, non-governmental organizations, and provincial and territorial partners.
		Increase the capacity for population-based research and analysis concerning child abuse and neglect.
	PE 2.2 Prevent illness.	Improve the health of those affected by HIV/AIDS and hepatitis C through health promotion projects and support of peer-reviewed research.
		Contribute to the development of immunization initiatives, and prevention and control programs for food and water-borne diseases, zoonoses, sexually transmitted infections, blood-borne diseases, respiratory diseases, and health care acquired infections.
	PE 2.3 Protect the health of Canadians by enhancing emergency preparedness and response capability.	Effective coordination and communication between surveillance systems and timely application of information to emergency preparedness planning and response.
	PE 2.4 Enable health promotion, disease prevention and control through surveillance and research.	Improved capacity for health surveillance.
		Increase scientific knowledge of human risks from enteric (intestinal) pathogens that originate with animals and the environment.

Business Line: Health Promotion and Protection
Service Line: Health Products and Food
Accountability: ADM, Health Products and Food Branch
2002-2003 Actual: $144.5 million **Full-time equivalents:** 1,625

Strategic Outcome *The wording of some strategic outcomes may differ from previously published documents because of the evolution of the Performance Management Framework.*	Performance Expectations *Performance Expectations listed below were identified as Strategic Outcomes in the 2002-2003 Report on Plans and Priorities (RPP).*	Priorities *As identified in the 2002-2003 RPP*
Safe Health Products and Food	PE 2.5 Protection of Canadians against risk factors related to health products and food.	Effective emergency preparedness and response.
		Effective, timely and relevant assessment and management of risks related to food.
		A more relevant, timely and effective regulatory program for drugs, food, medical devices, biologics, natural health products and genetic therapies.
		More effective veterinary drugs regulatory programs.
	PE 2.6 An integrated approach to managing risks to health associated with health products and food, through science, policy, protection, promotion and information activities.	A consistent and integrated approach to the development and implementation of policies and regulations related to health products and food.
		Canadians engaged in dialogue and consultations regarding policies and programs related to health products and food.
	PE 2.7 Canadians adopting and practising healthy behaviours.	Providing the public with timely and accurate information and tools on healthy behaviours associated with health products and food.

Business Line: Health Promotion and Protection
Service Line: Healthy Environments and Consumer Safety
Accountability: ADM, Healthy Environments and Consumer Safety Branch
2002-2003 Actual: $210.5 million **Full-time equivalents:** 1,250

Strategic Outcome *The wording of some strategic outcomes may differ from previously published documents because of the evolution of the Performance Management Framework.*	**Performance Expectations** *Performance Expectations listed below were identified as Strategic Outcomes in the 2002-2003 Report on Plans and Priorities (RPP).*	**Priorities** *As identified in the 2002-2003 RPP*
Healthier Environments and Safer Products for Canadians	PE 2.8 Reduced risks to health and safety, and improved protection against harm associated with workplace and environmental hazards, consumer products (including cosmetics), radiation emitting devices, new chemical substances and products of biotechnology.	Safeguard the health and well-being of Canadians in response to natural and man-made disasters. Reduce exposure to hazards related to environmental and clinical radiation. Increase knowledge of the health impacts of pollutants and climate change, and reduce exposure of Canadians to toxic substances in the environment. Reduce human health impacts from development projects through increased knowledge of their impact on the determinants of health. Reduce exposure of Canadians to hazards related to consumer products (including cosmetics), radiation emitting devices, commercial chemicals and products of biotechnology. Reduce exposure of travellers in Canada to health hazards. Contribute to increased organizational effectiveness, productivity and competitiveness by improving worker health, safety and well-being.
	PE 2.9 Reduced health and safety risks associated with tobacco consumption and the abuse of drugs, alcohol and other controlled substances.	Provide national leadership and manage programs aimed at reducing and preventing the harm associated with drugs, alcohol and other controlled substances. Reduce the use of tobacco and the consequent incidence of disease and death in Canada.

Business Line: Health Promotion and Protection
Service Line: Pest Management Regulation
Accountability: Executive Director, Pest Management Regulatory Agency
2002-2003 Actual: $31.7 million **Full-time equivalents:** 404

Strategic Outcome *The wording of some strategic outcomes may differ from previously published documents because of the evolution of the Performance Management Framework.*	Performance Expectations *Performance Expectations listed below were identified as Strategic Outcomes in the 2002-2003 Report on Plans and Priorities (RPP).*	Priorities *As identified in the 2002-2003 RPP*
Sustainable Pest Management Products and Programs for Canadians	PE 2.10 Safe and effective pest control products.	Regulatory decisions based on sound, progressive science.
		Open, transparent and participatory regulatory process, and timely access to safe and effective products.
	PE 2.11 Compliance with the *Pest Control Products Act* and Regulations.	Compliance with the requirements for the import, packaging, manufacturing, distribution, labelling, sale and use of pesticides.
	PE 2.12 Sustainable pest management practices that reduce reliance on the use of pesticides.	Develop and implement a framework for pesticide risk reduction.

Business Line: First Nations and Inuit Health
Accountability: ADM, First Nations and Inuit Health Branch
2002-2003 Actual: $1,465.4 million **Full-time equivalents:** 1,685

Strategic Outcome *The wording of some strategic outcomes may differ from previously published documents because of the evolution of the Performance Management Framework.*	Performance Expectations *Performance Expectations listed below were identified as Strategic Outcomes in the 2002-2003 Report on Plans and Priorities (RPP).*	Priorities *As identified in the 2002-2003 RPP*
Healthier First Nations and Inuit through Collaborative Delivery of Health Promotion, Disease Prevention, and Health Care Services	PE 3.1 Improved access and quality of services resulting in enhanced quality of life, increased span of healthy life and significant reductions in preventable death, illness and disability.	Invest in the health of First Nations and Inuit by providing public health and primary health care services in the most effective and sustainable way possible.
	PE 3.2 Strengthened health care system.	Cooperate and collaborate between the federal government, First Nations and Inuit communities, provinces and territories, and service providers to modernize and adapt the health service system for First Nations and Inuit.
	PE 3.3 Strengthened information and knowledge in support of evidence-based decision-making.	Enhance and integrate information and knowledge on health indicators and health care for improved service delivery, planning and program evaluation.
	PE 3.4 Sustainable and accountable health services that support a modernized First Nations and Inuit health system, in the context of greater First Nations control.	Implement responsive, sustainable, effective and accountable measures that will foster healthy individuals, healthy families and healthy communities while better demonstrating results on investments in programs and services, identifying gaps in service, improving the capacity to deliver services, measuring performance and improving overall management practices. Increase Health Canada's and First Nations and Inuit communities' capacity to manage transferred funds in an accountable manner.

Business Line: Information and Knowledge Management
Accountability: ADM, Information, Analysis and Connectivity Branch
2002-2003 Actual: $111.1 million **Full-time equivalents:** 636

Strategic Outcome *The wording of some strategic outcomes may differ from previously published documents because of the evolution of the Performance Management Framework.*	**Performance Expectations** *Performance Expectations listed below were identified as Strategic Outcomes in the 2002-2003 Report on Plans and Priorities (RPP).*	**Priorities** *As identified in the 2002-2003 RPP*
Improved Evidence Base and Increased Use of Information and Communication Technologies to Support Health Decision-Making	PE 4.1 A well-functioning national health information infrastructure which respects privacy and shares information in support of decision-making and public accountability.	Make significant progress on key priorities for a pan-Canadian Health Infostructure as recommended in the Tactical Plan Update 2001, approved by federal/provincial/territorial Deputy Ministers of Health.
		Demonstrate the potential for measurable improvement in the quality, accessibility and efficiency of health systems and services, through the use of information and communications technology.
	PE 4.2 Evidence-based health policy decision-making including a better understanding of the issues relating to health care.	Increase data and analysis on the health of Canadians and the performance of the health care system.
		Develop a better understanding among health policy decision-makers of human resources issues facing health professionals.
		Implement an information system to enable the Department to readily access a wide range of data on health status, its determinants, and the performance of the health care system.
	PE 4.3 Accountability for, and effectiveness of, Health Canada's programs, policies and functions.	Collaborate with the provinces and territories to develop a comprehensive reporting framework of comparable indicators of health status, health outcomes, and quality of service so that each government can begin reporting by September 2002, as agreed in the September 2000 First Ministers' Agreement.
		Strengthen the evaluation function in Health Canada to support strategic reviews, evaluations and decisions, as well as the development and implementation of appropriate performance measures.
		Increase capacity, speed and security of the departmental information technology infrastructure.

Business Line: Departmental Management and Administration
Accountability: ADM, Corporate Services Branch
ADM, Information, Analysis and Connectivity Branch
Regional Directors General
Executive Director General, Audit and Accountability Bureau
Chief Scientist
Executive Offices

2002-2003 Actual: $206.1 million **Full-time equivalents:** 1,529

Strategic Outcome *The wording of some strategic outcomes may differ from previously published documents because of the evolution of the Performance Management Framework*	**Performance Expectations** *Performance Expectations listed below were identified as Strategic Outcomes in the 2002-2003 Report on Plans and Priorities (RPP).*	**Priorities** *As identified in the 2002-2003 RPP*
Effective Support for the Delivery of Health Canada's Programs	PE 5.1 Continuous improvement in the provision of timely and quality corporate administrative services and in the promotion of sound management practices, including modern comptrollership, grants and contributions, contracting accountability, and human resources management.	Effectively support the delivery of Health Canada's programs and sound management practices across the Department, including modern comptrollership. Provide, through the Regional Directors General and their staff, effective regional delivery of Health Canada's programs, tailored to meet local conditions. Improve, through the Office of the Chief Scientist, the Department's ability to perform and harness excellence in health science and research to ensure the health and safety of Canadians.

B: Performance Accomplishments by Strategic Outcome

A Strong and Sustainable Health Care System

Objective

To provide a leadership role in collaboration with provinces/territories, health professionals, administrators and other key stakeholders, focused on developing a shared vision for Canada's health system and identifying key priorities and implementation approaches to achieve needed changes that will improve the timeliness of access, and the quality and integration of health services (including primary, acute, home, community and long-term care) to better meet the health needs of Canadians wherever they live or whatever their financial circumstances.

Financial Information

Millions of dollars	2002-2003 Planned Spending	2002-2003 Total Authorities	2002-2003 Actual Spending
Net expenditures	$227.4	$133.1	$133.1*

* This represents 4.9 percent of the Department's actual spending.

The decrease between planned spending versus authorities is mainly due to a change in the funding profile of the Primary Health Care Transition Fund (PHCTF) as transfer payments were reprofiled to fiscal year 2004-2005 and 2005-2006.

B: Performance Accomplishments by Strategic Outcome

A Strong and Sustainable Health Care System

Objective

To provide a leadership role in collaboration with provinces/territories, health professionals, administrators and other key stakeholders, focused on developing a shared vision for Canada's health system and identifying key priorities and implementation approaches to achieve needed changes that will improve the timeliness of access, and the quality and integration of health services (including primary, acute, home, community and long-term care) to better meet the health needs of Canadians wherever they live or whatever their financial circumstances.

Financial Information

Millions of dollars	2002-2003 Planned Spending	2002-2003 Total Authorities	2002-2003 Actual Spending
Net expenditures	$227.4	$133.1	$133.1*

* This represents 4.9 percent of the Department's actual spending.

The decrease between planned spending versus authorities is mainly due to a change in the funding profile of the Primary Health Care Transition Fund (PHCTF) as transfer payments were reprofiled to fiscal year 2004-2005 and 2005-2006.

Introduction

Health Canada played a key role in 2002-2003 in defining the renewal of Canada's health care system. It provided over $133 million to support this objective. These activities contributed to the successful completion of the 2003 First Ministers' Accord on Health Care Renewal, which outlines an action plan to secure timely access to quality health care for Canadians.

Performance Expectation (PE) 1.1: Publicly funded hospital and physician services consistent with the principles of the *Canada Health Act*.

Priority from the 2002-2003 Report on Plans and Priorities (RPP)

Uphold the *Canada Health Act* and work with the provinces and territories to ensure that all governments fulfill their commitment to its principles.

Health Canada continues its efforts to ensure that all eligible residents of Canada have reasonable access to medically necessary hospital and physician services on uniform terms and conditions.

Health Canada is responsible for the administration of the *Canada Health Act* (CHA), including the analysis and resolution of compliance issues with the provinces and territories. The CHA establishes criteria and conditions related to insured health care services and extended health care services that the provinces and territories must meet in order to receive the full federal cash contribution under the Canada Health and Social Transfer (CHST).

To make this process work as collaboratively as possible, the federal Minister of Health gained the agreement in 2002 of the provinces and territories (with the exception of Quebec) on a CHA dispute avoidance and resolution process. This will help address issues related to differences in interpretation of the CHA.

Health Canada continued its regular and ongoing interaction, intervention, and collaboration with the provinces and territories in administering the CHA, helping to provide Canadians with appropriate and timely access to publicly funded health care services while affording provinces and territories the flexibility they need to deliver these services in a fiscally responsible manner. Health Canada officials routinely liaise with provincial and territorial health ministry representatives and health insurance plan administrators to help resolve common problems experienced by Canadians related to eligibility for health insurance coverage and portability of health services within and outside Canada.

PE 1.2: Initiatives and approaches that strengthen the Canadian health care system.

Priorities from the 2002-2003 RPP

Implement commitments made by First Ministers in the September 2000 First Ministers' Agreement on Health.

Analytical initiatives to track, understand and provide evidence-based policy advice on key current and emerging health care issues.

Support the provision of quality end-of-life/palliative care within the Canadian health care system.

Support the provision of effective health services for women in Canada.

Health Care Renewal

Health care renewal is an ongoing long-term initiative. As part of the September 2000 First Ministers' Agreement on Health, the Government of Canada agreed to invest $18.9 billion over five years in support of health and an additional $2.3 billion targeted to medical equipment, health information technology, and primary health care reform. In 2002-2003, Health Canada supported the continued implementation of these initiatives.

During this period, governments also commissioned inquiries to study Canadians' concerns on the quality of health care. The Government of Canada established the Commission on the Future of Health Care in Canada, chaired by Roy Romanow, whose report was tabled by the Minister of Health in the House of Commons in November 2002.

There was consensus from these reports that Canadians' concerns centred around timely access, quality, and sustainability over the longer term. Health Canada supported the Government of Canada's efforts to renew the health care system through continued provision of evidence-based policy advice.

In February 2003, reflecting the views of Canadians and building on the 2000 Agreement on Health, the First Ministers agreed on an Accord on Health Care Renewal. Through increased collaboration and partnership, the Accord sets out an action plan that will ensure Canadians have timely access to quality health care on the basis of their need and not their ability to pay. In support of the Accord, the 2003 federal budget committed $34.8 billion over five years in additional investments in support of health care. Details can be found at http://www.fin.gc.ca/budget03/bp/bpc3e.htm#health and additional details in the 2003-2004 Report on Plans and Priorities.

Primary Health Care Transition Fund

Primary health care reform will help to ensure Canadians have access to the appropriate health care provider when needed. Health Canada has continued to implement initiatives pursuant to the Primary Health Care Transition Fund as announced in the 2000 Agreement. To help accelerate primary health care reform, the Fund provides support for the transitional costs associated with making fundamental and sustainable change to the organization, funding, and delivery of primary health care services. Eight of 13 proposals in the provincial/territorial

funding category have received ministerial approval, with proposal solicitation and approval in four additional funding categories continuing into 2003-2004.

Pharmaceuticals Management

Pharmaceuticals management is key to ensuring Canadians have access to appropriate and cost-effective drug therapy. Health Canada has played a leadership role in federal, provincial, and territorial collaboration on pharmaceuticals management and has produced analyses of variations in Canadians' coverage for needed drug therapy.

In September 2002, the federal, provincial, and territorial Ministers of Health approved a Common Drug Review process, which will provide the federal, provincial, and territorial governments with more consistent and rigorous therapeutic and economic reviews of new drugs, while reducing duplication of effort. The first reviews are expected to commence in the summer of 2003.

Health Human Resources

Health Canada continues to provide leadership in health human resources. Appropriate planning and management of health human resources, including enhancing the evidence base for policy-making, is key to ensuring Canadians have access to the health care providers they need, now and in the future.

Health Canada, along with Human Resources Development Canada (HRDC), continues to support the development of both supply and demand based forecasting tools of labour market needs for physicians, nurses, pharmacists and oral health professionals. Health Canada's national health human resource modelling project for physicians and nurses was initially developed in collaboration with Alberta Health and Wellness. Other provinces have since expressed interest in working with Health Canada to develop their own ongoing modelling capacity. Health Canada has also supported four allied health professions (physiotherapists, medical laboratory technologists, medical radiation technologists, and midwives) in the review and analysis of their data sources.

In June 2002, Health Canada provided funds for the development of Healthy Workplace Guidelines for Canadian Nurses. In addition, the Canadian Nursing Advisory Committee (CNAC) released its final report *Our Health, Our Future* in August 2002. The CNAC report addresses the central issues identified as barriers to a quality workplace for nurses, namely, the need to increase the number of nurses, improve their education, maximize their scope of practice, and improve their working conditions.

In order to better understand health human resource requirements, Health Canada continues to engage in occupational and sector studies in partnership with HRDC and other key departments and agencies. Consensus on strategies and recommendations to address home care human resource

challenges was reached in the spring of 2003.

Patient Safety and Rural Health

Improving patient safety is a key aspect of a quality health care system. Through its financial support and participation on the National Steering Committee on Patient Safety (NSCPS), Health Canada collaborated with the provincial and territorial governments and key stakeholders on improving patient safety in Canadian health care. The 2003 Accord includes an undertaking to implement a national strategy for improving patient safety and endorses the recommendations of the *Building a Safer System* report released by the NSCPS in September 2002.

In November 2002, the Ministerial Advisory Council on Rural Health submitted a report on the access to, and quality of, health care services in rural areas to the Minister of Health. The report was used to help inform discussions leading to the 2003 Accord. The report is available at: http://www.hc-sc.gc.ca/english/ruralhealth/rural_hands.html.

Home Care and Palliative/End-of-Life Care

Health Canada commissioned a National Profile of Family Caregivers in Canada, which was conducted by Decima Research, and has been widely distributed. Support was also provided to the federal Minister Responsible for Seniors on policy options to support family/informal caregivers.

Five working groups were established in the fall of 2002; all are actively engaged in developing a Canadian Strategy on Palliative and End-of-Life Care.

Women's Health

The research findings of the four Centres of Excellence for Women's Health have further increased knowledge of the factors which influence the health and well-being of women. Included was research on the health of low income, rural and immigrant women and on women's mental health. The evaluations of gender-sensitive health programming resulted in further development and implementation of women-centred planning and services by some provincial governments and service delivery organizations. The Centres and the Canadian Women's Health Network continue to explore communication and dissemination mechanisms for women's health information.

Through the Women's Health Contribution Program, Health Canada funded the National Coordinating Group on Health Care Reform and Women, which analyzed and synthesized research on the impact of health care changes on women. The findings, including recommendations, were provided to federal, provincial and regional authorities, academics and the public. In addition, through the Women's Health Contribution Program, linkages have been strengthened with women's organizations to provide input on the implications for women's health of health protection and risk management policies and programs.

Information on the National Coordinating Group on Health Care Reform and Women is available at: http://www.cewh-cesf.ca/healthreform/index.html.

PE 1.3: Partnerships among federal, provincial and territorial governments, key stakeholders, Canadians and international organizations.

Priorities from the 2002-2003 RPP

Effective and productive partnerships.

Develop and disseminate knowledge about health policies and practices through participation in, and organization of, international conferences, meetings and dialogues.

Canadian position on international policy issues reflecting health policy objectives.

Health Canada is committed to international sharing of Canada's experiences and knowledge on health care issues. In 2002-2003, Health Canada organized several high profile events such as Canada's ministerial participation in the World Health Assembly and the Commonwealth Health Ministers meeting, as well as participation in the Pan-American Health Organization Directing Council. Health Canada also played a key role in preparation for the health discussion at the G8 Summit and for the next hemispheric Summit to be held in the fall of 2003 in Mexico. In addition, Health Canada successfully coordinated Canada's participation in the Barcelona AIDS Conference.

Health Canada monitors and ensures that Canada's right to regulate and protect its health services is fully preserved under all multilateral and bilateral trade agreements to which Canada is a party, including all agreements that fall under the World Trade Organization and the North American Free Trade Agreement. As a result, Canada and the provincial and territorial governments maintain the flexibility and control they need to operate and to decide what is best for the health system. Health Canada continues to work with the Department of Foreign Affairs and International Trade to ensure that Canada's health system is protected in present and future multilateral trade negotiations.

Related websites:

September 2000 First Ministers' Agreement on Health

http://www.scics.gc.ca/cinfo00/800038004_e.html

http://www.scics.gc.ca/cinfo00/800038004_f.html

2003 First Ministers' Accord on Health Care Renewal

http://www.hc-sc.gc.ca/english/hca2003/index.html

http://www.hc-sc.gc.ca/francais/adss2003/index.html

Healthy Canadians: A Federal Report on Comparable Health Indicators 2002

http://www.hc-sc.gc.ca/iacb-dgiac/arad-draa/english/accountability/indicators.html

http://www.hc-sc.gc.ca/iacb-dgiac/arad-draa/francais/imputabilite/indicateurs.html

National Profile of Family Caregivers in Canada

http://www.hc-sc.gc.ca/english/care/nat_profile02/1.html

http://www.hc-sc.gc.ca/francais/soins/profil_nat02/1.html

Office of Nursing Policy

http://www.hc-sc.gc.ca/onp-bpsi/english/index_e.html

http://www.hc-sc.gc.ca/onp-bpsi/francais/index_f.html

A Healthier Population by Promoting Health and Preventing Illness

Objective

Promote health and prevent and control injury and disease.

Financial Information

Millions of dollars	2002-2003 Planned Spending	2002-2003 Total Authorities	2002-2003 Actual Spending
Gross expenditures	$378.9	$420.2	$415.6
Revenues	0.0	(0.1)	(0.1)
Net expenditures	$378.9	$420.1	$415.5*

* This represents 51.8 percent of the Health Promotion and Protection Business Line's actual spending.

The increase between total authorities versus planned spending is mainly due to:

- the transfer of resources related to the management, accountability and reporting responsibilities of the Canada Health Infostructure (CHI) initiatives from the Information and Knowledge Management business line;
- the approval of new resources for the acquisition of smallpox vaccines and medical supplies;
- more resources related to the Public Security and Anti-Terrorism (PSAT) Initiative and Genomics-based research and development programs.

The actual spending is $4.6 million lower than total authorities due to lapses related to the National Smallpox Preparedness and Response Strategy. These resources will be carried forward to 2003-2004 as they will be required to complete the activities of this initiative.

A Healthier Population by Promoting Health and Preventing Illness

Objective

Promote health and prevent and control injury and disease.

Financial Information

Millions of dollars	2002-2003 Planned Spending	2002-2003 Total Authorities	2002-2003 Actual Spending
Gross expenditures	$378.9	$420.2	$415.6
Revenues	0.0	(0.1)	(0.1)
Net expenditures	$378.9	$420.1	$415.5*

* This represents 51.8 percent of the Health Promotion and Protection Business Line's actual spending.

The increase between total authorities versus planned spending is mainly due to:

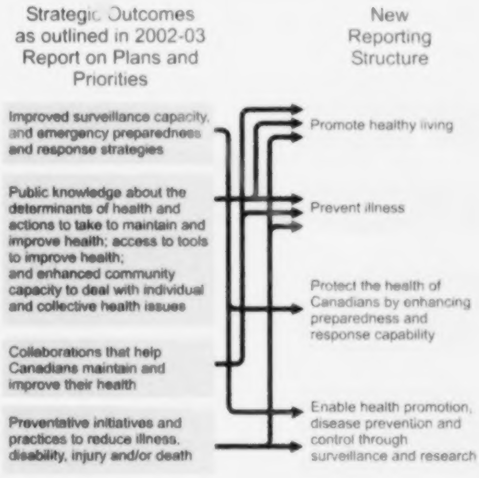
- the transfer of resources related to the management, accountability and reporting responsibilities of the Canada Health Infostructure (CHI) initiatives from the Information and Knowledge Management business line;
- the approval of new resources for the acquisition of smallpox vaccines and medical supplies;
- new resources related to the Public Security and Anti-Terrorism (PSAT) Initiative and Genomics-based research and development programs.

The actual spending is $4.6 million lower than total authorities due to lapses related to the National Smallpox Preparedness and Response Strategy. These resources will be carried forward to 2003-2004 as they will be required to complete the activities of this initiative.

Context

Health Canada seeks to understand how the determinants of health interact in order to develop interventions that help Canadians maintain and improve their health.

Partnerships within and outside the health sector are the basis for most public health interventions as no single individual, community or organization controls all of the factors that influence health. Sustained collaborative efforts are necessary as significant improvements in health are measured over the long term. Health Canada works with other federal departments, provincial and territorial governments, non-governmental organizations, the voluntary health sector, community-based groups, health professionals and others to develop and undertake such interventions.



The Population and Public Health service line identified four strategic outcomes in its 2002-2003 Report on Plans and Priorities. As a result of continuing efforts to improve reporting, the outcomes have been redefined.

This change simplifies reporting back to Canadians by providing a structure that better reflects our health promotion and illness prevention activities. *Promote healthy living* speaks to our continuing work regarding promoting good health and integrating our activities that address common risk factors for non-communicable diseases. *Prevent illness* includes the Department's action to prevent and control the prevalence of diseases. *Enable health promotion, disease prevention and control through surveillance and research* incorporates the activities that develop the knowledge base upon which public health policies and programs are built. *Protect the health of Canadians by enhancing emergency preparedness and response capability* outlines our activities to reduce the health impacts of natural and man-made disasters.

Performance Expectation (PE) 2.1: Promote Healthy Living

Priorities from the 2002-2003 Report on Plans and Priorities (RPP)

Increase public awareness of methods of preventing and controlling chronic diseases.

Strengthen national, provincial and community level capacity to prevent and control chronic disease.

Improve Canadians' health through the prevention of family violence, and through the promotion of mental health and fitness/active living.

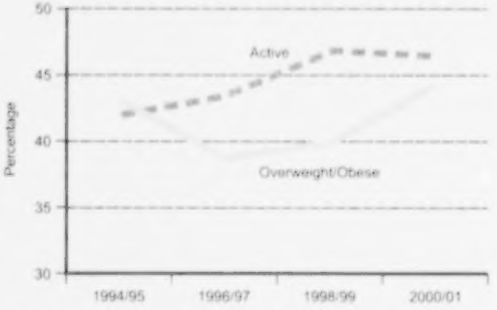
Share information and build community capacity to improve the health and well-being of children, seniors and rural Canadians.

Effective relationships with stakeholders, national voluntary organizations, non-governmental organizations, and provincial and territorial partners.

Increase the capacity for population-based research and analysis concerning child abuse and neglect.

Health Canada recognizes that personal health practices are strongly influenced by the social, economic and physical environment where Canadians live, learn, work and play. Choices we make as individuals and as a society play a role in the onset and progress of many major non-communicable diseases including heart and respiratory diseases, certain cancers and diabetes. Healthy living is aimed at improving overall health outcomes and reducing disparities in health status for certain population groups.

Physical Activity and BMI Comparisons in Canada, 1994/95-2000/01



Sources: Statistics Canada, National Population Health Survey, Health Share Files, 1994/95-1998/99.
Canadian Community Health Survey, Share File, 2000/01

In September 2002, federal, provincial and territorial Ministers of Health agreed to work together on short, medium and long-term pan-Canadian "healthy living" strategies that emphasize nutrition, physical activity, and their relationship to healthy weights. This strategy aims to promote good health and reduce the risk factors associated with non-communicable diseases, and the burden they place on the health system, by applying a population health approach. The 2002 Speech from the Throne confirmed that the first-ever national symposium on these issues would be convened in 2003. The symposium complements the consultations held with stakeholders across the country over the past year.

Regular physical activity is an important contributor to good health by reducing the risk of chronic disease, disability and premature death. Yet, recent statistics indicate that the majority of Canadians are not active enough for health benefits and that an increasing percentage of Canadians are overweight/obese. In partnership with the Canadian Society for Exercise Physiology, Health Canada helped to promote physical activity through the release of *Canada's Physical Activity Guides for Children and Youth* in April 2002 http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/paguide/guides/en/index.html. Complementary guides for educators, parents and caregivers, and interactive magazines for children and youth were released in November 2002. Together, these materials help young people develop the values they will need to become and remain physically active for their entire lives; 4.6 million copies of these publications were distributed last year across the country. Health Canada is currently undertaking an evaluation on the uptake and utility of the guides and sup-

porting resources. Preliminary indications are that they have been well received by children, parents and teachers.

As part of the Canadian Diabetes Strategy 2002 social marketing campaign, a television ad and promotional material including approximately 275,000 fact sheets highlighting simple lifestyle changes to limit type 2 diabetes were distributed through a partnership with a major pharmacy chain. The campaign focused on healthy eating and being physically active, and the theme was: "Eat Well. Be Active. Have Fun. You Can Prevent Type 2 Diabetes". An assessment of this campaign indicates that it has contributed to an increase in Canadians' knowledge of diabetes prevention and associated risk factors.

Health Canada continues to monitor the incidence of the different types of cancer and supports research pertaining to this disease. Building on the breast cancer research advances reached through the Canadian Breast Cancer Research Alliance (formerly called the Canadian Breast Cancer Research Initiative), the Department renewed its support to this partnership of seven organizations dedicated to further the research in preventing and finding a cure for this disease, the most common form of cancer among women. More information on the initiative is available at: http://www.breast.cancer.ca/.

A combined CAPC and CPNP project, **Breaking the Cycle**, has served 426 Toronto-area women and their children. Of the women who engaged in the program early in their pregnancies, 54 percent reported that their infant was exposed to some substance during the pregnancy as opposed to 92 percent of women who engaged later in their pregnancies. As a result of the project there have been fewer birth complications, better post-natal health and higher birth weights for the women who engaged early in the program. 64.5% of the women were maintaining their sobriety and 62% were parenting their children on a full-time basis, as opposed to losing their children to child welfare or the protective custody of a family member.

(Source: Internal project data)

The Department played a major role in implementing the Government of Canada's Early Childhood Development (ECD) initiative by providing approximately $53 million to the Community Action Program for Children (CAPC) (including Fetal Alcohol Spectrum Disorder prevention programs and public education) and $27 million to the Canada Prenatal Nutrition Program (CPNP) for community health programs for children and families (off-reserve component). Participation in CAPC projects grew by approximately 8 percent, and CPNP participation by 14 percent, compared to the previous year. CPNP alone reaches an estimated 60 percent of low income pregnant women in Canada. Participation in CPNP has more than tripled since the program began in 1996 (source: internal program data).

Regional evaluations of CAPC and CPNP projects are continuously undertaken to assess their impact. These evaluations along with departmental analyses are contributing to a project that will improve the management framework for all health promotion grants and contributions programs.

The Falls Prevention Initiative, co-sponsored by Health Canada and Veterans Affairs Canada, supports effective falls prevention strategies for seniors and veterans. A mid-term review of the Initiative undertaken in 2002-2003 found that, even after a short period, there was heightened awareness of risk factors and the importance of preventing falls within the targeted communities.

PE 2.2: Prevent Illness

> **Priorities from the 2002-2003 RPP**
>
> Improve the health of those affected or infected by HIV/AIDS and hepatitis C through health promotion projects and support of peer-reviewed research.
>
> Contribute to the development of immunization initiatives, and prevention and control programs for food and water-borne diseases, zoonoses, sexually transmitted infections, blood-borne diseases, respiratory diseases, and health care acquired infections.

Health Canada devoted significant resources to respond to the outbreak of Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) at the end of the fiscal year. Health Canada employees worked with other federal departments, and provincial and municipal public health workers in affected areas. In addition, the Department provided epidemiological expertise and guidance and contributed to the world-wide effort to identify the nature of the SARS virus through scientific research. The continuing resource implications in the 2003-2004 fiscal year related to SARS will be reported in next year's Departmental Performance Report. For more information on SARS, consult: http://www.sars.gc.ca.

To address the health threat posed by the West Nile (WN) virus, Health Canada is working with provincial and territorial partners to strengthen national coordination and management of this disease and research efforts. The Department further strengthened its surveillance, research and laboratory capacities for investigating WN virus and for minimizing the associated risks including transfusion-transmitted exposure to the virus through the blood system. As well, the Department provided information to Canadians on how to reduce the risks of WN virus http://www.westnile.gc.ca.

Through the Canadian Strategy on HIV/AIDS http://www.aids.gc.ca and hepatitis C programming http://www.hepc.gc.ca, Health Canada continues to support research and community-based activities aimed at reducing the prevalence of these diseases. The Department, in partnership with Correctional Service of Canada and the Canadian Institutes of Health Research, conducted an evaluation of the $42.2 million Canadian Strategy for HIV/AIDS (CSHA) in its third year. This evaluation was formative in scope and helped lay the groundwork for the five year evaluation. Despite its limitations, the evaluation found

that the Strategy had a positive impact with the advancements in partnerships and in the continued growth of Canada's national and community groups' response to people affected by HIV/AIDS. To respond to the continued need to strengthen and broaden partnering efforts, the Department has improved how it communicates with CSHA partners and stakeholders and will be incorporating the lessons learned from this evaluation into the work under way on the five year evaluation. Background information on the evaluation is available at: http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/hiv_aids/can_strat/monitoring/evaluation.html.

An evaluation of the 1998 Hepatitis C Prevention, Support and Research Program found that this program has contributed to advancing research, particularly in the area of therapeutic treatments and vaccine development. It also found that there needs to be an increased focus on behavioural and social science research to which the Department has responded by developing mechanisms to address this issue. The evaluation pointed out that significant efforts were undertaken to build capacity to respond to hepatitis C infection by strengthening awareness, building partnerships and support at local and regional levels. However, more emphasis will be placed on prevention in populations identified as being at higher risk: injection drug users, youth, Aboriginal peoples and inmates.

PE 2.3: Protect the health of Canadians by enhancing emergency preparedness and response capability

Priority from the 2002-2003 RPP

Effective coordination and communication between surveillance systems and timely application of information to emergency preparedness planning and response.

In 2002-2003, the Department modernized, in consultation with the provinces and territories, the National Smallpox Contingency Plan which outlines who does what in the event of a smallpox outbreak and provided smallpox training and orientation to prepare teams who would respond to a smallpox emergency. The Department also initiated the purchase of sufficient doses of smallpox vaccines. Through these actions, the Department ensures that Canada is ready to respond in the event of an unlikely – but potentially disastrous – outbreak of smallpox.

Health Canada further strengthened its capacity to respond to natural and man-made health emergencies by adding pharmaceuticals, modernizing equipment and supplies and upgrading the warehouses where the National Emergency Stockpile System (NESS) is housed. In February 2003, NESS supplies and equipment were requisitioned by the government of Newfoundland and Labrador when floods and freezing temperatures forced residents of Badger, Newfoundland to abandon their homes. Health Canada sent beds, blankets and other equipment to emergency response

teams who were providing relief to the affected residents.

Health Canada also collaborates with provincial and territorial governments to ensure emergency preparedness across Canada. For example, the Department invested over $400,000 in 2002-2003 to train first responders in the event of a chemical, biological, radiological or nuclear emergency. The members of the Emergency Response Assistance Program continued their training in best practices for the handling of suspicious packages. These efforts bore dividends when, in collaboration with other emergency response authorities, Health Canada responded to 48 suspicious package incidents in 2002-2003.

Finally, protecting the health of Canadians involves working with international partners to ensure the international community can respond to international health emergencies. This past year, Health Canada continued to address Canada's shared security needs with the United States through the Canada-US Biosecurity action plan. A component of the Smart Border Accord, this plan combines the efforts of federal departments and agencies from both countries to coordinate contingency plans, communications, influenza response, surveillance and emergency preparedness and response activities.

PE 2.4: Enable health promotion, disease prevention and control through surveillance and research

Priorities from the 2002-2003 RPP

Improve capacity for health surveillance.

Increase scientific knowledge of human health risks from enteric (intestinal) pathogens that originate with animals and the environment.

Health surveillance involves collecting and analyzing information on health events to establish trends, outlining emerging health problems and providing information to design public health interventions. Through its leadership role, Health Canada strives towards three objectives: (1) to develop surveillance systems that aggregate provincial and territorial data to the national level to facilitate tracking health information and identifying disease threats; (2) to build a technological infrastructure that enhances the accessibility of these systems by public health officials; and (3) to provide the latter with the skills and knowledge they need to use these systems.

Recognized internationally, Health Canada's **Global Public Health Intelligence Network (GPHIN)**, provides information on 60 percent of global public health events to the World Health Organization. GPHIN monitors and compiles health information published in a variety of media, which is then analyzed by public health officials. GPHIN was one of the first tracking systems to pick up health information which eventually led to the detection of SARS.

(Source: World Health Organization's website, http://www.who.int/csr/alertresponse/epidemicintelligence/en/)

Via the Network for Health Surveillance in Canada, the Department led the development of the Strategy for Communicable Disease Surveillance in Canada. The strategy gives the public health community the basic concepts, context and tools with which to build the health surveillance system for communicable diseases, immunization and vaccine-associated adverse events. This will enable provincial and territorial governments to develop common surveillance systems so that data can be aggregated to a national level.

Over the past year, the Department made the Public Health Information System accessible on-line which provides to public health providers an automated, integrated, client health record and reporting systems. This is an important step in developing the public health elements within the Electronic Health Record, where health professionals will be able to electronically access citizens' health information in different jurisdictions. Based on positive pilot tests in Manitoba, British Columbia and at a regional health authority in Alberta, Health Canada will be collaborating with provinces and territories to expand this system to meet current and future needs.

The National Diabetes Surveillance System, another initiative under the Canadian Diabetes Strategy, was expanded to include all provinces and territories. Data collected from this system and other sources were incorporated into *Diabetes in Canada - Second Edition* http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/dic-dac2/english/01cover_e.html, a report which highlights the burden of diabetes in Canada.

To provide public health professionals with the skills and knowledge to work with these systems, Health Canada added to its existing Field Epidemiology Training Program (consult: http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/fetp-pfei/index.html) by developing three web-based skill-enhancement training modules. Health Canada will continue to collaborate with Canadian universities and public health agencies to develop additional modules. Details on this project are available at: http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/csc-ccs/skills_e.html.

In Quebec, through a collaborative effort that brought together Health Canada, the Kativik Regional Government and a research team from the *Centre hospitalier universitaire de Québec*, health information was collected in 14 Inuit communities, which led to a better understanding of the links between the risk factors for developing iron deficiency anemia and nutrition, as well as the impact of public health interventions to reduce this health problem.

The Department is also an important centre of scientific research, which helps detect, assess, and manage threats to the health of Canadians. This research contributes to the development of disease prevention initiatives, improves surveillance systems and enables public health officials to take the necessary containment measures in the event of an outbreak. Research findings this past year contributed to our knowledge of antimicrobial resistance, and food-borne pathogens such as *E. coli*, *Salmonella* and *Campylobacter*. For further information, see http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/lfz-llczoa/index_e.html (Laboratory for Foodborne Zoonoses).

Laboratory research also played a critical role in the Department's work relating to the West Nile virus and SARS. For example, it provided the evidence base for developing containment measures for SARS in Canada and the world. As well, science is an integral part of Health Canada's capacity to respond to health emergencies through the analysis of suspected parcels and bioterrorist agents. For further information, see http://www.nml.ca/nml.htm (National Microbiology Laboratory).

Related websites:

The following provides links to information on a variety of activities outlined in the 2002-2003 Report on Plans and Priorities that address health related issues Health Canada undertakes under this strategic outcome.

The Canadian Breast Cancer Research Alliance

http://www.breast.cancer.ca/

Health Canada's activities and publications regarding aging and seniors' health

http://www.hc-sc.gc.ca/seniors-aines/index_pages/whatsnew_e.htm

Health Canada's activities and publications regarding child and youth health

http://www.hc-sc.gc.ca/dca-dea/

The Canadian Health Network is a bilingual Internet-based gateway for Canadians to access information on how to stay healthy and prevent illness.

http://www.canadian-health-network.ca

The National Clearinghouse on Family Violence provides resources for Canadians looking for information about family violence.

http://www.hc-sc.gc.ca/nc-cn

A Report on Mental Illnesses in Canada outlines the prevalence, causes, impacts, stigmas and treatments of major mental illnesses in Canada.

http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/miic-mmac/

Congenital Anomalies in Canada report provides public health information on maternal and infant health in Canada.

http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/cac-acc02/index.html

In accordance with the September 2000 First Ministers' Agreement on Early Childhood Development, Health Canada contributed to the federal government's report on its investments in children's programs and services and how young children are benefiting.

http://www.unionsociale.gc.ca./ecd_e.html

The National Centres of Excellence for Children's Well-Being undertake research in key areas of child and youth health.

http://www.hc-sc.gc.ca/dca-dea/allchildren_touslesenfants/centres_main_e.html

Canadian Public Health Laboratory Forum brings together representatives of public

laboratories from across the country to coordinate laboratory surveillance.

http://www.nml.ca/english/collaboration.htm

Economic Burden of Disease in Canada (1998) presents a comprehensive overview of how the costs of illness are distributed in Canada.

http://ebic-femc.hc-sc.gc.ca

For additional publications in support of this strategic outcome, please consult:

http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publications_e.html

Safe Health Products and Food

Objective

The safety and nutritional value of food, and the safety and efficacy of drugs, natural health products, medical devices, biologics and related biotechnology products in the Canadian marketplace and health system, through the development and implementation of policy, legislation and regulatory frameworks, the promotion of good nutrition and the informed use of drugs, medical devices, food and natural health products.

Financial Information

Millions of dollars	2002-2003 Planned Spending	2002-2003 Total Authorities	2002-2003 Actual Spending
Gross expenditures	$189.7	$185.2	$176.7
Revenues	(36.1)	(40.7)	(32.2)
Net expenditures	$153.6	$144.5	$144.5*

* This represents 18.0 percent of the Health Promotion and Protection Business Line's actual spending.

Revenue authorities increased by $4.6 million compared to planned spending due to an increase in Medical Devices vote net authority. The actual revenue collected was $8.5 million less than the authorities mainly due to less revenues than anticipated collected by the Medical Devices, Veterinary Drugs, and Drugs Programs.

Variance between planned spending and total authorities is mainly due to more resources related to the Public Security and Anti-Terrorism (PSAT) Initiative and Genomics-based research and development programs being expended under other Service Lines, instead of HPF, than originally planned.

Safe Health Products and Food

Objective

The safety and nutritional value of food, and the safety and efficacy of drugs, natural health products, medical devices, biologics and related biotechnology products in the Canadian marketplace and health system, through the development and implementation of policy, legislation and regulatory frameworks, the promotion of good nutrition and the informed use of drugs, medical devices, food and natural health products.

Financial Information

Millions of dollars	2002-2003 Planned Spending	2002-2003 Total Authorities	2002-2003 Actual Spending
Gross expenditures	$189.7	$185.2	$176.7
Revenues	(36.1)	(40.7)	(32.2)
Net expenditures	$153.6	$144.5	$144.5*

* This represents 18.5 percent of the Health Promotion and Protection Business Line's actual spending.

Revenue authorities increased by $4.6 million compared to planned spending due to an increase in Medical Devices vote net authority. The actual revenue collected was $8.5 million less than the authorities mainly due to less revenues than anticipated collected by the Medical Devices, Veterinary Drugs, and Drugs Programs.

Variance between planned spending and total authorities is mainly due to more resources related to the Public Security and Anti-Terrorism (PSAT) Initiative and Genomics-based research and development programs being expended under other Service Lines, instead of HPF, than originally planned.

Context

Over the past year, we implemented a number of key initiatives which contribute to the safety of health products and food in the Canadian marketplace and health system, and enable Canadians to make healthy and informed choices. In particular, we made progress in support of the three strategic outcomes identified in the 2002-2003 Report of Plans and Priorities:

- Protection of Canadians against risk factors related to health products and food.
- An integrated approach to managing risks to health associated with health products and food, through science, policy, protection, promotion and information activities.
- Canadians adopting and practising healthy behaviours.

To these ends, we work closely with our partners and stakeholders, including the health products and food industries, health and healthcare professionals, patients, various segments of the population, non-governmental organizations, other federal departments, other levels of government, health and trade-related international organizations, academia and the education system, other science and research organizations, and the media. (For further information, please consult: http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/index_e.html.)

Performance Expectation (PE) 2.5: Protection of Canadians against risk factors related to health products and food

Priorities from the 2002-2003 Report on Plans and Priorities (RPP)

Effective emergency preparedness and response.

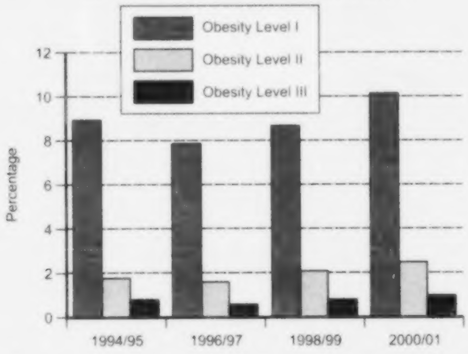
Effective, timely and relevant assessment and management of risks related to food.

A more relevant, timely and effective regulatory program for human drugs, food, medical devices, biologics, natural health products and genetic therapies.

A more effective veterinary drugs regulatory program.

To implement the Departmental Emergency Preparedness Framework, we recruited staff dedicated to emergency preparedness and developed a plan to ensure that our essential regulatory obligations are fulfilled in the event of an emergency. We also invested $370,000 on laboratory equipment to detect trace levels of toxic substances and chemical contaminants in drugs and natural health products. Through this improved capacity, we are better equipped to respond to threats including tampering or sabotage, complaints related to adverse reactions and investigations involving suspected undeclared active ingredients in health products available to Canadians. (For further information: http://www.hc-sc.gc.ca/english/media/releases/2002/2002_13bk2.htm.)

Prevalence of Obesity Levels in Canada, 1994/95 - 2000/01



Sources: Statistics Canada, National Population Health Survey, Health Share Files, 1994/95-1998/99; Canadian Community Health Survey, Share File, 2000/01.

Overweight and obesity are growing health issues in Canada. Healthy eating and physical activity are important determinants of health and help to achieve a healthy body weight. As of January 1, 2003, new labelling requirements enable Canadians to obtain more information about the nutritional value of most prepackaged food. Based on extensive consultations, the new labelling regulations require most food labels to carry a mandatory *Nutrition Facts* table listing calories and 13 key nutrients. These standards also permit certain diet-related health claims substantiated by science-based evidence. Information tools and resources for consumers and educators were developed concerning the new nutrition labelling regulations, including targeted materials for First Nations and Inuit. The new regulations enable Canadians to make more informed choices for healthy eating. This, in turn, will help to reduce the risks of nutrition and obesity-related chronic diseases. (For further information: http://www.healthcanada.ca/nutritionlabelling.)

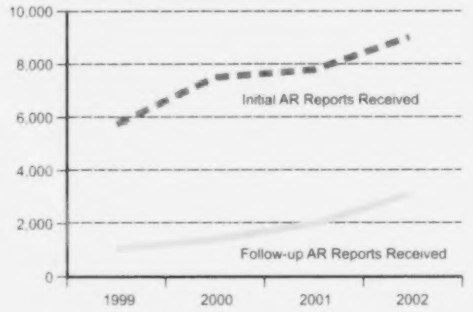
To establish a high safety standard for cells, tissues and organs for transplantation, we issued a directive and safety requirements in early 2003. We also launched a national review of selected establishments to assess their compliance with basic safety requirements and to take actions as needed. The Canadian Standards Association, funded by the Department and supported by a working group of experts, finalized a set of national safety standards which apply to establishments involved in the handling and/or processing of cells, tissues and organs. The national standards will be finalized in June 2003. (For further information: http://www.hc-sc.gc.ca/english/protection/warnings/2003/bc_earbank.htm.)

In response to the Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) outbreaks in Toronto in March 2003, we provided Ribavirin, an antiviral drug for the treatment of SARS, through the Special Access Program. We also worked closely with health care professionals to inform them about the risks and benefits associated with the use of this drug and to monitor potential adverse effects. (For further information: http://www.hc-sc.gc.ca/english/protection/warnings/sars/update44.html.)

We have strengthened our post-market surveillance capacity in order to monitor the safety of marketed health products, including human therapeutic health products and veterinary drugs, and to take actions in a timely manner. The steady increase in the reporting of adverse reactions in Canada over the past four years attests to our stronger capacity for post-market surveillance and increased awareness by health professionals and consumers. (For further

information: http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/tpd-dpt/about-mhpd_e.html.)

Canadian Adverse Reaction Reports Received



To ensure Canadians are informed of emerging information on the risks and effectiveness of marketed health products, we issued 54 advisories to health professionals and the general public. Examples of important advisories to health professionals include advisories on the risk of meningitis in patients with cochlear ear implants and on the hazard of strangulation of infants by IV tubing. These and other advisories provide health professionals and Canadians with information that assists them in making informed choices regarding the risks and benefits of health products. (For further information: http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/tpd-dpt/index_advisories_e.html.)

Acrylamide is a chemical that is produced for use in the manufacture of plastics as well as various other materials. This substance is also used in making some food packaging. The Swedish Food Authority announced the surprise finding of the presence of acrylamide in foods in April 2002. This finding was validated by others, including researchers within the Department. Our researchers were the first to determine how this compound is formed in certain starch-based foods when these have been cooked at high temperatures. We shared our findings with the Canadian food industry and our international scientific partners in mid-September and published the work in the Journal *Nature* on October 3, 2002. Through partnerships and international collaboration, we are committed to minimizing the health risks associated with this substance in food. (For further information: http://www.hc-sc.gc.ca/food-aliment/cs-ipc/chha-edpcs/e_acrylamide_and_food.html.)

To establish international standards and maintain consumer confidence in the quality, safety and efficacy of veterinary medicinal products, we participated in and contributed to a number of key international initiatives, including VICH (International Cooperation on Technical Requirements for Registration of Veterinary Drugs), the Codex Committee on Residues of Veterinary Drugs in Foods (CCRVDF), and the Joint Food and Agriculture Organization (FAO) and World Health Organization (WHO) Expert Committee on Food Additives. (For further information: http://www.hc-sc.gc.ca/vetdrugs-medsvet/index_e.html.)

PE 2.6: An integrated approach to managing risks to health associated with health products and food, through science, policy, protection, promotion

and information activities

Priorities from the 2002-2003 RPP

A consistent and integrated approach to the development and implementation of policies and regulations related to health products and food.

Canadians engaged in dialogue and consultations regarding policies and programs related to health products and food.

To minimize the risk of spreading West Nile virus through the blood supply, we gave blood operators instructions pertinent to the deferral or withdrawal of blood from donors suspected or shown to be infected with West Nile virus in September 2002. We opened a dialogue with industry to foster development of a West Nile virus blood donor screening test. A commercial test was subsequently developed and approved under priority review. Héma-Québec will start testing blood donations for West Nile virus in Quebec on June 25, 2003. Canadian Blood Services will fully implement the test in the rest of Canada on July 1, 2003. (For further information: http://www.hc-sc.gc.ca/english/westnile/transmission.html#1.)

The cost of food-borne illness is estimated to be over $1 billion annually. Considerable scientific evidence supports the effectiveness of irradiation in reducing the bacterial load in high risk foods. We consulted with consumers on proposed regulations permitting new uses of food irradiation (e.g. for ground beef) and on the Recommended Canadian Code of Practice for Food Irradiation. The input will help inform further consideration of this issue. We publicized our findings through a national consumer affairs television show, a national news magazine and on our website. (For further information: http://www.hc-sc.gc.ca/food-aliment/fpi-ipa/e_irradiation_index.html/.)

Antimicrobial resistance reduces the effectiveness of antimicrobial agents, such as antibiotics and antivirals, and may adversely impact treatment of human and animal illness. A final report by the multi-stakeholder group, Advisory Committee on Animal Uses of Antimicrobials and Impact on Resistance and Human Health, was published and is contributing towards the development of new policies on antimicrobial resistance. The Canadian Integrated Program for Antimicrobial Resistance Surveillance was created to provide the evidence base for assessing and managing antimicrobial resistance related risks. (For further information: http://www.hc-sc.gc.ca/vetdrugs-medsvet/amr_policy_dev_e.html.)

To harmonize and update the prescribing information for non-steroidal anti-inflammatory drugs, drugs that are used to control pain and inflammation associated with rheumatic diseases and other less severe conditions, we sponsored a two-day workshop and brought together 17 scientific, medical and patient experts in August 2002. Based on these discussions, a revised guideline was developed. Improved prescribing information on these drugs will lead to the reduction of related adverse reactions. (For further information: http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/tpd-dpt/nsaids_e.html.)

We have increased the number of consultations with Canadians and stakeholders on key health products and food related initiatives in the past two years. A 16 member Public Advisory Committee was created in November 2002 to gain the perspective of the general public on our policies and issues. In their first six months, they offered input and informed our decisions. We also worked closely with organizations representing patients to determine how to better consider their perspective and expertise. This contributed to increased transparency and better decisions. (For further information: http://ocapi.hc-sc.gc.ca.)

PE 2.7: Canadians adopting and practising healthy behaviours

Priority from the 2002-2003 RPP

Providing the public with timely and accurate information and tools on healthy behaviours associated with health products and food.

Many cases of food-borne illnesses occur as a result of improper food handling and preparation. The public awareness campaign "FightBAC!™" provides Canadians with more information on food safety and proper food handling practices. Last year, the message focused on the need to use a thermometer when cooking ground beef. A television spot was also used to promote proper cooking techniques and key food safety messages. (For further information: http://www.hc-sc.gc.ca/food-aliment/mh-dm/mhe-dme/e_fightbac.html.)

In order to assist health professionals, researchers and educators to identify weight-related health risks in populations and individuals, we developed new *Canadian Guidelines for Body Weight Classification in Adults*, including a *Quick Reference Tool*. The new Guidelines are an update of the weight classification system that has been in use in Canada since 1988 and reflect the World Health Organization's recommendations. (For further information: http://www.hc-sc.gc.ca/nutrition.)

We established an Expert Advisory Committee to provide guidance on the implementation of the Dietary Reference Intakes. Dietary Reference Intakes are nutrient values that guide decision-making on nutrition policies and programs. This work is part of a broad review of Canada's dietary guidance, which is designed to ensure it is aligned with updated science and continues to promote a pattern of eating that meets nutrient needs and reduces the risk of nutrition-related chronic diseases. (For further information: http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/onpp-bppn/diet_eac_e.html.)

For further information on our work and key initiatives, please feel free to consult: http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/index_e.html.

Healthier Environments and Safer Products for Canadians

Objective

Promote healthy living, working and recreational environments, and ensure the safety and efficacy of producer and consumer products in the Canadian marketplace.

Financial Information

Millions of dollars	2002-2003 Planned Spending	2002-2003 Total Authorities	2002-2003 Actual Spending
Gross expenditures	$212.4	$220.3	$218.0
Revenues	(9.8)	(9.8)	(7.5)
Net expenditures	$202.6	$210.5	$210.5*

* This represents 26.2 percent of the Health Promotion and Protection Business Line's actual spending.

The actual revenue collected was $2.3 million less than the authorities mainly due to less revenues than anticipated having been collected by the Workplace Health and Public Safety Program.

The variance between planned spending and total authorities is mainly due to more resources being expended than originally planned in relation to the Public Security and Anti-Terrorism (PSAT) Initiative and Geonomics-based research and development programs.

Healthier Environments and Safer Products for Canadians

Objective

Promote healthy living, working and recreational environments, and ensure the safety and efficacy of producer and consumer products in the Canadian marketplace.

Financial Information

Millions of dollars	2002-2003 Planned Spending	2002-2003 Total Authorities	2002-2003 Actual Spending
Gross expenditures	$212.4	$220.3	$218.0
Revenues	(9.8)	(9.8)	(7.5)
Net expenditures	$202.6	$210.5	$210.5*

* This represents 26.2 percent of the Health Promotion and Protection Business Line's actual spending.

The actual revenue collected was $2.3 million less than the authorities mainly due to less revenues than anticipated having been collected by the Workplace Health and Public Safety Program.

The variance between planned spending and total authorities is mainly due to more resources being expended than originally planned in relation to the Public Security and Anti-Terrorism (PSAT) Initiative and Geonomics-based research and development programs.

Context

There are five distinct programmes (Drug Strategy and Controlled Substances, Product Safety, Safe Environments, Tobacco Control, and Workplace Health and Public Safety) to support healthier environments and safer products for Canadians. Each has varying roles and spheres of influence in achieving health outcomes through a vast array of partners and stakeholders. Some examples of collaborative initiatives include nuclear emergency preparedness, tobacco control, and the voluntary adoption by provincial, territorial and municipal jurisdictions of our drinking water quality guidelines. Partnerships have been formed to address such issues as air pollution (the New Brunswick Lung Association: www.nb.lung.ca) and the enforcement of the *Canadian Environmental Protection Act* (CEPA) (Environment Canada: www.ec.gc.ca; and the Organization for Economic Co-operation and Development: www.oecd.org).

One of the most significant challenges is balancing client-partner interests and expectations against available resources while assuring the development of a solid foundation of scientific evidence to inform decisions and actions.

Approximately 80 percent of our resources support the ongoing health protection and promotion agenda or work that has commenced and will have a lengthy duration. The remaining activities are dedicated to improvement – new initiatives and new ways of undertaking activities. By using this approach, progress has been made in support of the two key outcomes identified in the 2002-2003 Report on Plans and Priorities.

Performance Expectation (PE) 2.8: Reduced risks to health and safety, and improved protection against harm associated with workplace and environmental hazards, consumer products (including cosmetics), radiation-emitting devices, new chemical substances and products of biotechnology.

Priorities from the 2002-2003 Report on Plans and Priorities (RPP)

Safeguard the health and well-being of Canadians in response to natural and man-made disasters.

Reduce exposure to hazards related to environmental and clinical radiation.

Increase knowledge of the health impacts of pollutants and climate change, and reduce exposure of Canadians to toxic substances in the environment.

Reduce human health impacts from development projects through increased knowledge of their impact on the determinants of health.

Reduce exposure of Canadians to hazards related to consumer products (including cosmetics), radiation-emitting devices, commercial chemicals and products of biotechnology.

Reduce exposure of travellers in Canada to health hazards.

Contribute to increased organizational effectiveness, productivity and competitiveness by improving worker health, safety and well-being.

The events of September 11, 2001 heightened the need to enhance the preparedness and response of Canadian authorities to unplanned nuclear events, and to support the physical and psychological health of the employees in the Government of Canada and its agencies which respond to emergencies affecting Canadians. In 2002-2003, Health Canada received $22 million, and $12 million ongoing thereafter, to (1) strengthen federal preparedness and response to radiological/nuclear terrorist events; (2) develop a capacity for physical and psychological employee support (such as through trauma response training); and (3) develop chemical assessment expertise and advisory services.

As well, the new funding will enable the Department to work towards managing health impacts associated with the use of unconventional weapons of mass destruction that are explosive, chemical, biological, radiological, nuclear (E/CBRN) in nature. Specifically, the Department established (1) an improved multijurisdictional (provincial/territorial, other federal departments, and international partners) emergency preparedness and response capability through the development and exercise of emergency plans with adjustments based on lessons learned; and (2) an ability to address the health impacts of an E/CBRN event on federal employees. The Department also improved the Federal Nuclear Emergency Plan communication and launched a new website (www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/neprd/splash.htm) in January 2003, which registered 3,152 visits in the first two months of operation. The website is designed to increase visibility and the dissemination of public information, particularly in the event of an emergency.

Breast cancer is the most commonly diagnosed cancer among Canadian women. In 2002, Health Canada promoted the highest quality of mammography by developing and distributing 5,000 copies of the *Canadian Mammography Quality Guidelines* (www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/ccrpb/publication/02hecs267/toc.htm) to health care professionals who have adopted them across the country. Developed in cooperation with provincial governments, health professionals and cancer survivors, these guidelines will help facilities to improve the detection of small tumours, minimize patient radiation doses, and eventually lead to reduced breast cancer death rates.

Health Canada addressed a range of environmental priorities by calling on its health science capacity. Although drinking water issues are primarily a provincial/territorial responsibility, the Department invested

$1.1 million to update the existing drinking water guidelines and added others as a means to reduce adverse health impacts. All provincial, territorial and municipal jurisdictions use the guidelines to establish their own enforceable standards.

Through collaboration with 11 other federal departments and agencies, Health Canada established the Federal Prairie Water Committee as part of a common federal approach to prairie water issues. This relationship will see the development of tools to identify priorities and highlight opportunities for further joint efforts.

In fulfilling its CEPA responsibilities, Health Canada assessed substances for their possible impacts on human health and, where appropriate, implemented with its partners risk management strategies. In addition, proposals were developed on the appropriate methodology to identify, from 23,000 substances, those that could pose a significant threat to human health. Collectively, these steps will inform actions to minimize exposure for Canadians.

Publication in internationally recognized peer-reviewed literature is an indicator of the quality of assessments. In 2002-2003, three CEPA assessments were published in the *Journal of Toxicology and Environmental Health* and the *Concise International Chemical Assessment* (World Health Organization).

As part of the Government's overall commitment to climate change, and with resources of $0.9 million, Health Canada assessed and advised on health risks, and supported research networks that help to provide credible information about Canada's vulnerabilities. In addition, the Department developed tools such as a policy primer (www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/ccho/publications/policy_primer/cover.htm) and, in collaboration with the World Health Organization, draft *Climate Change Health Impact Assessment Guidelines* (www.who.int/peh/climate/phe0204/phe0204toc.htm). These documents generated knowledge, improved understanding of the relation between climate change and how it can affect the health of Canadians, and enabled policy development and informed decisions by public health practitioners. Some performance indicators include the timely completion of the identified activities, the positive client-partner satisfaction feedback (e.g. Canadian Council of Chief Medical Officers of Health), and an increased public awareness demonstrated by 7,290 on-line visits in the last quarter of the 2002-2003, a 108 percent increase over the same period in the previous year.

The Ontario and Nunavut Region plays a significantly increased role in Great Lakes initiatives, including the International Joint Commission, a bi-national body that reports on the implementation of the Great Lakes Water Quality Agreement. Participation in the Canada-Ontario Agreement Respecting the Great Lakes Basin Ecosystem has led to enhanced partnerships with other government departments and provincial ministries. Collaboration between the regional and national offices ensures that scientific and policy support is available.

Health Canada is the sole provider of an advisory service to other federal departments regarding the health impacts associated with federal work, completing more than 100 screenings and 20 comprehensive studies in 2002. For example, the Wuskwatim hydro dam generation and transmission project located near Thompson, Manitoba, is being developed in partnership with the local Cree Nation. Health Canada provided an assessment on the potential health impacts associated with electromagnetic fields and the consumption of fish containing mercury. This service improved understanding, and prevented and mitigated health risks through self-regulation.

Health Canada played a leadership role in completing studies demonstrating that the levels of radioactivity in Arctic First Nations' country food were not affecting health. Spin-off outcomes of this undertaking include strengthened partnerships with Environment Canada and with First Nations communities.

Health Canada reduced exposure to hazards associated with consumer products by carrying out pre-market risk assessments on over 700 new chemical substances and products of biotechnology, and by setting priorities for the environmental assessment of substances under CEPA or the *Food and Drugs Act*. Both activities resulted in the identification of toxic substances that may pose a risk to human health, and enabled the Department to reduce exposure to these substances by preventing or controlling their entry into the market.

The link between lead exposure and detrimental health effects has long been established. In 2002, Health Canada conducted studies which concluded that the introduction of regulations would be an effective means to reduce lead toxicity in children's leaded jewellery and candle wicks containing lead. As such, the Department is currently drafting regulations to address the importation, advertisement, and sale of children's jewellery and candles with lead-core wicks.

Research indicates that low levels of lead may cause harmful effects on the intellectual and behavioural development of children.

Canfield, R.L, et al, April 17, 2003. *New England Journal of Medicine*, 348(16) 1517-1526.

As Canada is increasingly a destination for travellers, the Department expended $1.4 million to protect the travelling public from the spread of communicable diseases on common public carriers (airlines, trains, cruise ships) and to ensure safe drinking water and food supplies. In 2002-2003, nine gastroenteritis outbreaks were reported on cruise ships in Canadian waters. Through such measures as piloting an electronic Gastrointestinal Illness Surveillance System on Cruise Ships, valuable data concerning the cruise ship outbreaks were collected and transmitted to the Department for expeditious decision-making and successful control. This tool helped to ensure continued confidence in Canada's public health measures and minimized the cost burden associated with the outbreaks.

It is scheduled for full implementation in 2003-2004.

Health Canada initiated agreements with the passenger conveyance industry to implement voluntary compliance with public health programs. The Department's program is unique in the world by offering a comprehensive and integrated approach that encourages the adoption of common prevention practices across major passenger conveyances to reduce the incidence of disease.

> The Canadian Institute of Public Health Inspectors presented Health Canada with the Alexander Officer Award for Innovation and Excellence in Program Development and Management for outstanding and meritorious achievements in public health. (www.ciphi.ca/awards.htm)

As a means to fulfil the Department's mandate while reducing health care costs and enhancing economic productivity, Health Canada initiated a multi-year process to promote the National Agenda on Workplace Health. By promoting comprehensive workplace health, the Department will better understand and position workplace health as a way to address daily challenges and work-life conflicts.

Working with partners (federal/provincial/territorial, business and labour associations, non-governmental organizations, and academia), initial accomplishments include building research and raising awareness of the link between workplace health and anticipated outcomes as discussed in recent studies (www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/workplace/other.htm). Performance indicators will be developed with the implementation phase of the Agenda.

Health Canada achieved consensus with 13 federal/provincial/territorial agencies on the development of a National Workplace Hazardous Materials Information System (WHMIS) Compliance Strategy. (See www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/whmis/contacts.htm for partners.) The Strategy will enable timely and consistent national enforcement actions by Occupational Health and Safety Inspectors, reducing the incidence of illness and injuries for Canadians in the workplace.

PE 2.9: Reduced health and safety risks associated with tobacco consumption and the abuse of drugs, alcohol, and other controlled substances.

> **Priorities from the 2002-2003 RPP**
>
> Provide national leadership and manage programs aimed at reducing and preventing the harm associated with drugs, alcohol, and other controlled substances.
>
> Reduce the use of tobacco and the consequent incidence of disease and death in Canada.

Health Canada helped to ensure successful criminal prosecutions by identifying controlled substances, dismantling

illicit drug labs, and coordinating national knowledge sharing on drug, alcohol, and substance abuse. The Department shares responsibility for the progress toward this priority with partners such as the Department of the Solicitor General, the RCMP, the Department of Justice, the Canada Customs and Revenue Agency, and the Canadian Centre on Substance Abuse (www.ccsa.ca).

To support legal proceedings (prosecutions or negotiated settlements such as plea bargains), the Drug Analysis Service (DAS) provided more than 87,000 certificates of analysis and assisted in the investigation and dismantling of 30 clandestine laboratories at a cost of $7.2 million.

Approximately 2,000 certificates were not issued for reasons including confirmation that the samples were found not to be drugs, work was carried over to the next fiscal year, and some analyses were withdrawn (e.g. guilty pleas were entered). Given the increasing volume of requests over time, DAS has rationalized its network of laboratories, and improved its staff training and quality assurance programs in order to meet client demands. Performance indicators were established in 2002-2003 to address key time lines of (1) 60 days for analyzing drug exhibits (which was met 60 percent of the time), and (2) completion of all urgent drug exhibit analyses within 24 to 48 hours. An internal audit of all laboratories was conducted with results demonstrating that the quality systems are working.

Over the past year, Canadians were provided with information concerning drug, alcohol, and substance abuse. Health Canada expended $0.4 million to produce and disseminate to health professionals 11,000 copies of guidelines for methadone treatment programs and another 11,000 copies of guidelines for seniors with substance use problems. As well, this funding was used to coordinate a workshop focused on harm prevention and attended by over 40 health service providers. Informal feedback during this workshop indicated that best practices guidelines are being used by some service providers. Although no performance indicators have been identified for knowledge coordination at this time, surveys and baseline data collection will be used as the tools to inform the development of such indicators.

In 2002-2003, Health Canada continued the implementation of a tobacco control mass media strategy. The Second-hand Smoking and Cessation campaigns followed the first-year campaign which set the general context for the toll on health that tobacco use imposes on Canadians. As well, 27 projects were funded through grants and contributions, a mass media campaign was piloted in the Atlantic provinces to support the 1-800 quit lines, and funding was provided to support Alberta's mass media campaign accounting for a total expenditure of $27 million. Recall of all ads was consistently over 50 percent, an indication that the messages are reaching Canadians. The Cessation campaign appears to be particularly successful. Based on pre-campaign polling, Health Canada found that 50 percent of smokers wanted to quit. Post-campaign polling indicated that 64 percent of smokers wished to quit.

Progress continues to be made in reducing tobacco use. According to the Canadian Tobacco Use Monitoring Survey conducted

by Statistics Canada for 2002, the smoking prevalence among those aged 15 years and over was approximately 21 percent, the lowest rate since regular monitoring of smoking began in 1965 (www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tobacco/research/ctums/index.html#2002). Decreasing smoking prevalence is expected to eventually result in a reduced incidence of disease and death due to tobacco use, which claims more than 45,000 Canadian lives annually (www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/cdic-mcc/20-3/b_e.html).

In Ontario and Nunavut Region, "Not for Kids", a successful program to reduce youth access to tobacco through education and enforcement, now reaches half the population. The program shifts attitudes about the acceptability of youth access to tobacco through enforcement and awareness. Health, social service and education organizations work together with the private sector to adapt the program to community needs. Evaluations of the program indicate increased community awareness of the *Tobacco Control Act* and decreased retailer non-compliance.

Health Canada also spent $0.8 million on international activities and was an active and respected leader at the negotiations on the international Framework Convention on Tobacco Control which was adopted by the World Health Assembly in May 2003. Ratification will lead to the adoption of a common set of measures for tobacco control: for surveillance, regulation, and promoting cessation; for the restriction or banning of tobacco advertising, promotion and sponsorship; and for combating the illicit trade in cigarettes.

Related websites:

Healthy Environments and Consumer Safety Branch

www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/hecs/sep/index.htm

Workplace Health and Public Safety Programme

www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/whpsp

Product Safety Programme

www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/psp/index.htm

Drug Strategy and Controlled Substances Programme

www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/hecs/dscs.htm

Tobacco Control Programme

www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tobacco

Sustainable Pest Management Products and Programs for Canadians

Objective

To protect human health and the environment by minimizing the risks associated with pest control products.

Financial Information

Millions of dollars	2002-2003 Planned Spending	2002-2003 Total Authorities	2002-2003 Actual Spending
Gross expenditures	$37.1	$38.7	$38.5
Revenues	(7.0)	(7.0)	(6.8)
Net expenditures	$30.1	$31.7	$31.7*

* This represents 4.0 percent of the Health Promotion and Protection Business Line's actual spending.

Variance between planned spending and total authorities is mainly due to various additional funding allocations e.g. Public Security and Anti-Terrorism (PSAT) not originally reflected under this Service Line and increased resources to meet program requirements.

Sustainable Pest Management Products and Programs for Canadians

Objective

To protect human health and the environment by minimizing the risks associated with pest control products.

Financial Information

Millions of dollars	2002-2003 Planned Spending	2002-2003 Total Authorities	2002-2003 Actual Spending
Gross expenditures	$37.1	$38.7	$38.5
Revenues	(7.0)	(7.0)	(6.8)
Net expenditures	$30.1	$31.7	$31.7*

* This represents 4.0 percent of the Health Promotion and Protection Business Line's actual spending.

Variance between planned spending and total authorities is mainly due to various additional funding allocations e.g. Public Security and Anti-Terrorism (PSAT) not originally reflected under this Service Line and increased resources to meet program requirements.

Context

All products used to manage, destroy, attract or repel pests, sold or imported into Canada, are regulated under the *Pest Control Products Act* (PCPA) by the Pest Management Regulatory Agency (PMRA). These products include chemicals, devices, non-chemical alternatives, and even organisms, and are called pest control products or pesticides. Only pesticides that have been shown to be safe and effective are registered. We review applications to register new pesticides, re-evaluate older pesticides against current standards, monitor compliance on the use, sale and manufacturing of pesticides in Canada and develop sustainable pest management policies and programs. We also continuously improve our programs to meet our objective.

We work with international partners, including the United States Environmental Protection Agency (US EPA) and other countries through the Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), federal and provincial government departments, non-governmental organizations, pesticide stakeholders as well as the Canadian public towards three outcomes for Canadians: safe and effective pest control products; compliance with the PCPA and Regulations; and sustainable pest management practices that reduce reliance on the use of pesticides. We are currently developing a performance framework to help measure progress towards our outcomes.

Performance Expectation (PE) 2.10:

Safe and effective pest control products

Priorities from the 2002-2003 Report on Plans and Priorities (RPP)

Regulatory decisions based on sound, progressive science.

Open, transparent and participatory regulatory process, and timely access to safe and effective products.

Re-evaluation

Pesticide active ingredients and end-use products are evaluated using the best science available at the time of registration. To maintain high standards, we periodically re-evaluate older pesticides using modern risk assessment approaches and recently available data. We determine whether it is reasonable to allow the continued use of those pesticides and if changes to how a product is used are necessary. Products, or some of their uses, may be discontinued or phased out if there are not enough modern data to support continued registration.

This year, we expended approximately $7 million on our re-evaluation program. Registrants agreed to stop selling end-use products containing 17 active ingredients. We determined the conditions of continued safe use of products containing two other active ingredients, including DEET. DEET is widely used in personal insect repellents. We also consulted the public and stakeholders on proposals describing the conditions of continued use or phase out of organo-

phosphate pesticides (a class of pesticides often used on food crops).

We continued more specific, narrower evaluations of the risks posed by pesticides that interest the public, including the most common residential lawn and turf pesticides. We added an agreement to stop the broadcast treatment of turf with malathion to the previous agreements to phase out the residential turf use of chlorpyrifos and diazinon. Also, in anticipation of control programs for mosquitoes as potential carriers of West Nile virus, we completed a modern review verifying the continued safety of malathion sprays to the residents of treated urban areas.

For more information, please consult: http://www.hc-sc.gc.ca/pmra-arla/english/pubs/pacr-e.html; http://www.hc-sc.gc.ca/pmra-arla/english/pubs/rev-e.html; http://www.hc-sc.gc.ca/pmra-arla/english/pubs/rrd-e.html.

Regulatory Decisions

We provide access to safer pesticides by registering new products, including reduced-risk products and products for minor uses. We registered 12 new pesticide active ingredients and 26 new products, of which nine were biopesticides. We also established 17 new maximum pesticide residue limits (MRLs) for registered new uses under the *Food and Drugs Act*. We completed over 3,300 applications to register or amend pesticide products, and expended approximately $18.8 million on this program.

We facilitate access to pesticides used on minor agricultural crops that would otherwise not be registered in Canada due to the expected low volume sales. Registration of minor use pesticides is essential for cost-effective pest control. On June 24, 2002, new funding ($54.5 million over six years: $20.8 million for PMRA and $33.7 million for Agriculture and Agri-Food Canada (AAFC)) was announced to give Canadian producers better access to reduced-risk pesticides, including minor use pesticides while meeting the same stringent science based standards. We hired additional staff in anticipation of increased minor use applications, and appointed a minor use advisor to liaise with Canadian growers, AAFC, and the US EPA. This enabled us to register 743 minor uses in 2002-2003, compared to 171 uses in 2001-2002.

We met our performance standards for reviewing applications to register new pesticide active ingredients more than 74 percent of the time. Although our performance was lower compared to last year (85 percent), we believe this is due to our increased focus on priority joint reviews, and reduced-risk pesticide and minor use applications. Based on this experience, we will adjust our business practices in future years, and closely monitor progress of all applications to meet performance targets.

New *Pest Control Products Act*

In March 2002, the Minister of Health presented a new bill to Parliament to reform pesticide regulation and provide a solid legislative foundation for a stronger pest management regulatory system in Canada. We provided the legislative support for the review of the bill, and the new *Pest Control*

Products Act (PCPA) received Royal Assent in December 2002. We have started developing regulations and processes for the new legislation so that the Act can be proclaimed as soon as possible.

The new legislation will help strengthen health and environmental protection by incorporating a modern risk assessment and risk management approach to pesticide regulation, including special consideration for infants and children, and by taking into account aggregate exposure to pesticides from various sources including food and water, and the cumulative effects of different pesticides. The new PCPA will also help increase transparency of the regulatory system and strengthen post-registration control of pesticides. For more information on the new legislation, please consult: http://www.hc-sc.gc.ca/pmra-arla/english/legis/pcpa-e.html.

Open, Transparent and Participatory Regulatory Process

We inform and seek the opinion of the Canadian public and stakeholders on proposed decisions and directions to increase transparency of pesticide regulation and public participation. We provide pre-submission consultations and training sessions for potential applicants to help register new pesticides. We publish documents on our website to consult and inform the public and stakeholders. We offer a Pest Management Information Service to answer queries. Finally, we regularly seek advice from our advisory bodies, the Economic Management Advisory Committee (EMAC), the Pest Management Advisory Council (PMAC), and a federal/provincial/territorial (FPT) committee.

This year, we conducted 52 pre-submission consultations and hosted a three-day training session for potential applicants. Our Pest Management Information Service handled over 10,000 queries. There were 60 to 70 percent more requests related to the West Nile virus, such as queries on larvicides and personal insect repellents. We met with all our advisory bodies and discussed topics such as re-evaluation, the new PCPA, our cost recovery program, and the minor use initiative. As well, these advisory bodies helped foster dialogue with our stakeholders on issues such as our Healthy Lawn Strategy and risk reduction strategies. Their advice is incorporated into our operations and proposed policies. Additional information regarding these activities can be found at: http://www.hc-sc.gc.ca/pmra-arla/english/appregis/cprc-e.html (Pre-submission Consultations); http://www.hc-sc.gc.ca/pmra-arla/english/pubs/pubs-e.html (Publications); http://www.hc-sc.gc.ca/pmra-arla/english/pdf/info/2003-e.pdf (Pest Management Information Service); and http://www.hc-sc.gc.ca/pmra-arla/english/advbod/advbod-e.html (Advisory Bodies).

International Efforts

Through our international efforts, we strive to have only safe and effective pesticides available world-wide. To help protect health and safety in developing countries, we worked with Environment Canada to implement the Rotterdam Convention on Prior Informed Consent (PIC) procedures.

This means that certain banned and restricted chemicals and pesticides will only be exported to countries that have agreed to those exports http://canadagazette.gc.ca/partII/tempPdf/g2-13618.pdf.

Harmonization of pesticide regulatory processes with the US EPA is another example of our international efforts. Together, we continued to seek opportunities for efficiency gains in re-evaluating and registering pesticides, such as joint review and common re-evaluation initiatives focusing on chemical groups most affected by the US's *Food Quality Protection Act*. This will help increase health and environmental safety across North America. For more details, please see: http://www.hc-sc.gc.ca/pmra-arla/english/intern/twg-e.html.

PE 2.11: Compliance with the *Pest Control Products Act* and Regulations

Priority from the 2002-2003 RPP

Compliance with the requirements for the import, packaging, manufacturing, distribution, labelling, sale and use of pesticides.

Compliance is achieved through a network of PMRA regional officers and Canadian Food Inspection Agency (CFIA) inspectors across Canada. We promote, maintain and enforce compliance with the PCPA through consultations, inspections and investigations focused on three distinct target groups: pesticide companies that manufacture, import and sell products, pesticide distributors and users of pesticides. We collaborate with provincial and territorial governments and federal departments so that compliance programs and enforcement actions complement and reinforce each other.

This year, approximately $7.3 million was expended on our national compliance program. To help protect Canadians, the food supply and the environment, we conducted 479 investigations, approximately 1,400 inspection visits and over 1,300 laboratory analyses. We took 340 enforcement actions, including the initiation and/or completion of 30 Administrative Monetary Penalties (AMPs) with either a Notice of Violation or a warning. The majority of violations were minor in nature and were corrected using education letters. The AMP system is an enforcement tool we can use to impose monetary penalties rather than pursuing prosecution under the PCPA.

PE 2.12: Sustainable pest management practices that reduce reliance on the use of pesticides

Priority from the 2002-2003 RPP

Develop and implement a framework for pesticide risk reduction.

In 2002-2003, we continued to promote pesticide risk reduction in partnership with other federal departments, the provinces and territories, and stakeholders through progress on the following initiatives.

Risk Reduction Strategies

On May 23, 2002, new funding ($7.3 million in 2002-2003: $4 million for PMRA and $3.3 million for AAFC) was announced for initiatives to reduce risks of pesticides and enhance environmental sustainability. This year, we worked on risk reduction strategies for potatoes and dry beans (pulses). We gathered information on pests and pest management issues, and contributed to a crop profile for pulses. As a result of environmental concerns, we are collaborating with potato growers, provincial government officials and other stakeholders from Prince Edward Island (PEI) and New Brunswick as well as AAFC and Environment Canada to develop a strategy for sustainable potato production. This collaboration was recognized in the 2002 Speech from the Throne in the PEI legislature.

We also continued our efforts to develop and promote integrated pest management (IPM) practices, which can reduce risks associated with pesticide use. Among the IPM projects we worked on this year were cranberries, apples, canola and sea lice in salmon aquaculture. We helped develop educational and training material for canola producers, and contributed to the development of crop-specific guidelines and manuals to provide practical advice to growers on implementing IPM in agriculture. To determine how well IPM practices are adopted by growers and producers, we are developing mechanisms to track adoption of the risk reduction strategies.

Reduced-Risk Initiative

We launched an initiative in May 2002 to encourage pesticide manufacturers to seek registration in Canada of reduced-risk pesticide products that are already registered in the US. This initiative complements the existing Canadian-US EPA joint review program for reduced-risk products. We adopted the US EPA reduced-risk criteria to determine eligibility for the program and recognize US EPA's biopesticide designation. The impact of the reduced-risk initiative and its contribution towards pesticide risk reduction will be measured in future years. For more information: http://www.pmra-arla.gc.ca/english/pdf/dir/dir2002-02-e.pdf.

Healthy Lawn Strategy

Under our Federal/Provincial/Territorial (FPT) Healthy Lawn Strategy (2000), we continued to promote reduced-risk pest management for lawns by publishing a Tips folder, available through the Healthy Lawns website http://www.healthylawns.net. The Tips folder was distributed to over 1,200 Canadian municipalities, as well as the public and various stakeholders. Through the FPT Committee on Pest Management and Pesticides, a proposal for a harmonized pesticide classification system for Canada was developed and consulted on, recommendations to improve risk reduction information on pesticide labels were developed, and enhanced IPM training for the certification of pesticide landscape applicators was promoted. These activities will help reduce exposure of Canadians to pesticides.

Healthier First Nations and Inuit through Collaborative Delivery of Health Promotion, Disease Prevention and Health Care Services

Objective

Sustainable health services and programs for First Nations and Inuit (FNI) communities and people that address health inequalities and disease threats so that they may attain a level of health comparable with that of other Canadians, and in collaboration with the provinces and territories.

Financial Information

Millions of dollars	2002-2003 Planned Spending	2002-2003 Total Authorities	2002-2003 Actual Spending
Gross expenditures	$1,322.1	$1,472.3	$1,471.3
Revenues	(9.1)	(6.9)	(5.9)
Net expenditures	$1,313.0	$1,465.4	$1,465.4*

* This represents 53.9 percent of the Department's actual spending.

Revenue authorities decreased by $2.1 million compared to planned spending due to the transfer of the Sioux Lookout Hospital to provincial jurisdiction.

Variances between planned spending versus total authorities are mainly due to:

- newly approved funding (i.e. not in planned spending) to maintain the sustainability of the First Nations and Inuit Health Program;
- the transfer of resources related to the management, accountability and reporting responsibilities of the Canada Health Infostructure (CHI) initiatives from the Information and Knowledge Management business line;
- funding for First Nations' construction and restoration of on-reserve facilities being shown in the Departmental Management and Administration Business Line.

Healthier First Nations and Inuit through Collaborative Delivery of Health Promotion, Disease Prevention and Health Care Services

Objective

Sustainable health services and programs for First Nations and Inuit (FNI) communities and people that address health inequalities and disease threats so that they may attain a level of health comparable with that of other Canadians, and in collaboration with the provinces and territories.

Financial Information

Millions of dollars	2002-2003 Planned Spending	2002-2003 Total Authorities	2002-2003 Actual Spending
Gross expenditures	$1,322.1	$1,472.3	$1,471.3
Revenues	(9.1)	(6.9)	(5.9)
Net expenditures	$1,313.0	$1,465.4	$1,465.4*

* This represents 53.9 percent of the Department's actual spending.

Revenue authorities decreased by $2.1 million compared to planned spending due to the transfer of the Sioux Lookout Hospital to provincial jurisdiction.

Variances between planned spending versus total authorities are mainly due to:

- newly approved funding (i.e. not in planned spending) to maintain the sustainability of the First Nations and Inuit Health Program;
- the transfer of resources related to the management, accountability and reporting responsibilities of the Canada Health Infostructure (CHI) initiatives from the Information and Knowledge Management business line;
- funding for First Nations' construction and restoration of on-reserve facilities being shown in the Departmental Management and Administration Business Line.

Context

Health Canada contributes to improved health outcomes and sustainable health services for FNI communities by:

- providing access to health care, programs and services;
- focusing on prevention of illness and promotion of good health;
- promoting a greater role for First Nations and Inuit in their own health services;
- participating in integration of federal and provincial programs and services.

The Department, together with its partners, delivers public health and health promotion services, such as environmental health and communicable disease prevention, on-reserve and in Inuit communities. It also provides drug, dental and ancillary health services to FNI regardless of residence and primary care services on-reserve and in remote and isolated areas, where there are no provincial services readily available. During the year, our expenditures totalled $1,464.8 million[1] on programs and services. The majority of programs and services are delivered through eight regional offices located across Canada.

Performance Expectation (PE) 3.1: Improved access and quality of services resulting in enhanced quality of life, increased span of healthy life and significant reductions in preventable death, illness and disability.

Priority from the 2002-2003 Report on Plans and Priorities (RPP)

Invest in the health of FNI by providing public health and primary health care services in the most effective and sustainable way possible.

Healthier FNI and communities is a key commitment for the Government of Canada. Health Canada has worked towards sustaining and improving the provision of public health and primary care services to First Nations and Inuit as a means of improving their health outcomes.

Health Canada recognizes that public health services, including environmental protection, supported by a strong primary care network, are the backbone of healthy communities. Health Canada expenditures for public and primary health services were more than $500 million in 2002-2003.

Public health activity by Health Canada encompasses a range of activities from verifying the safety of the drinking water supply to the control of communicable diseases through immunization.

Canadians expect to be protected from communicable diseases and provided with safe and clean environments including safe drinking water. The incidence of many vac-

[1] Includes EBP (employee benefit plans)

cine preventable diseases and of food and water-borne diseases is higher in FNI communities than in the rest of the Canadian population. Accordingly, drinking water quality protocols for monitoring water and a water quality database were developed and implemented in 2002-03, allowing for improved sampling, testing and identification of water contaminants. This improved service will assist in continuing to reduce the higher incidence of water-borne disease in FNI communities. Similarly, a food safety course that improved training in food handling is helping to reduce the incidence of food-borne diseases.

Sites contaminated by fuel spills and leaks, which can cause damage to the food supply, are being remediated by Health Canada in order of priority, from most contaminated to least. In 2002-2003, seven sites of a total of 38 remaining were remediated at a cost of $2.2 million.

Over the past year, Health Canada developed an immunization strategy for FN children on-reserve that will help contain the risk of communicable diseases and reduce hospitalization from complications resulting from vaccine preventable disease. Health Canada's efforts resulted in the announcement of $32 million in the 2003 Budget to support the immunization strategy for FN children on-reserve over the next five years.

Health Canada's public health programming also includes prevention of illness such as HIV/AIDS and tuberculosis (TB) and the promotion of awareness, knowledge and behaviours which will help communities and individuals to prevent further spread of disease. New programming aimed at planning required to eliminate TB, and to provide anti-TB vaccines was introduced in 2002-2003. Support to the Canadian Aboriginal AIDS Network and to Pauktuutit, the Inuit women's association, for their HIV programs has also strengthened the capacity for illness prevention and health promotion among community networks.

Primary health care is defined by the World Health Organization as "essential health care based on practical, scientifically sound and socially acceptable methods and technology made universally accessible to individuals and families in the community through their full participation and at a cost that the community and country can afford to maintain…" Health Canada recognizes that primary health care provides the basis of a good health care system and thus seeks to ensure that those essential primary health services are as available to FNI as they are to the rest of the Canadian population in similar locations. In FNI communities, most primary care is provided by nurses. Health Canada has developed a Nursing Strategy in order to retain and recruit the valuable nurses required to provide and enhance the critical services to the communities. In recognition of the importance of these services, this Strategy received $75.9 million over five years.

Nursing stations, health centres and other health facilities are vital components for the delivery of FNI programs. We improved access to services and enhanced working conditions for professional health staff through the construction of 33 health facilities and the renovation and expansion of 54 existing facilities on-reserve across Canada.

Health Canada is committed to assisting FNI living with chronic or acute illness to maintain optimum health. Home and Community Care (HCC) services provide assessment, home care nursing, in-home respite care for persons with disabilities, chronic or acute illness or requiring post hospital care. By the end of 2002-2003, 82 percent of the population living on-reserve had access to HCC services, exceeding the target for the year of 75 percent.

Dental services, particularly preventive services, are integral to primary care. The Department continued in 2002-2003 to fund the School of Dental Therapy in Prince Albert, Saskatchewan, to train dental therapists to provide necessary dental hygiene services in FNI communities. A children's oral health plan to focus on children 0-5, in order to assist them in preventing cavities and dental problems in adulthood, was under development. Water fluoridation, a key part of dental health, was promoted in communities where it does not exist.

The Department continues to develop models of primary care that better integrate Health Canada and provincial services and are appropriate for First Nations and Inuit. In 2002-2003, primary care services were strengthened by the creation of an Office of Community Medicine within the Department, which supports human resources to provide services to First Nations and Inuit communities.

Community programs are another important aspect of Health Canada's commitment to improving the health outcomes of FNI. These programs focus on early childhood development, chronic disease prevention and mental health and addictions and in 2002-2003 a total of more than $140 million was invested in these areas.

Early childhood development program activities were delivered in the areas of early intervention, prenatal nutrition/support and program integration. The Aboriginal Head Start On-Reserve program served approximately 7,700 children in 305 sites and enhancements over the last year included capital renovations and expansion at existing sites, education materials and training of early childhood workers. The Fetal Alcohol Syndrome/Fetal Alcohol Effects program was delivered in 75 communities and improvements included training of front line workers, workshops to raise community awareness and preparation for community outreach programs.

The Canada Prenatal Nutrition Program (First Nations and Inuit component) supported 439 projects in 683 First Nations and Inuit communities, serving approximately 7,000 pregnant, breast-feeding or high-risk women of childbearing age, representing approximately 6,000 births. In addition, more than 500 workers were trained in core competencies related to prenatal nutrition, thereby increasing the capacity to deliver more effective programs.

Health Canada, Human Resources Development Canada and Indian and Northern Affairs Canada are working to create a single-window approach for early childhood development programming. This approach included the launch of a national environmental scan of programs, organizing pilot projects on planning and evaluation tools in

communities and mobilizing an Aboriginal Service Providers Network.

Chronic disease prevention activities, including diabetes and nutrition, were also delivered. The Aboriginal Diabetes Initiative supported more than 600 projects in First Nations and Inuit communities and 39 diabetes primary prevention programs for Métis, off-reserve Aboriginal and urban Inuit people across Canada. Additionally, a social marketing campaign to raise awareness about diabetes was developed and implemented for all Aboriginal people across Canada. Pilot projects on the provision of nutritious, perishable foods were initiated in three remote northern communities. The results of these projects will inform efforts to improve the nutritional health of people living without road or rail access.

Mental health and addictions programs were delivered focusing on mental wellness, suicide prevention and addictions. Mental wellness programs were undertaken in more than 350 First Nations communities; an integrated mental health and addictions model was developed and an accredited training program for wellness workers was created at the University of Manitoba. As part of the Innu Healing Strategy, mobile professional teams were created to strengthen health programs dealing with mental health, maternal and child health, and community development in the Labrador area.

The report of the Suicide Prevention Advisory Group was released. Its 30 recommendations were organized along four themes: increasing knowledge about what works in suicide prevention; developing more effective and integrated health care services at national, regional, and local levels; supporting community-driven approaches; and creating strategies for building youth identity, resilience and culture. As a first step to respond to these recommendations, a Youth Roundtable on suicide was held, bringing together FN youth from across the country.

The National Native Alcohol and Drug Abuse residential treatment program operated 48 treatment centres nationally, representing 695 treatment beds, and served more than 5,200 clients. Over 500 First Nations and Inuit communities received support through the community-based alcohol and drug abuse prevention programs, including counseling and education services delivered by approximately 650 field workers. The Youth Solvent Abuse residential treatment program operated 10 treatment centres, representing 126 treatment beds, and served over 200 clients. As part of the First Nations and Inuit Tobacco Control Strategy, over 105 communities participated in the delivery of 90 projects. Sixteen demonstration projects on developing best practices in tobacco control strategies were also funded.

The Non-Insured Health Benefits (NIHB) Program complements community-based programs and services and provides a range of medically necessary goods and services to status Indians and recognized Inuit and Innu that supplement benefits provided through other private or provincial/territorial programs. The Program largely contributes to the achievement of overall health care coverage for FNI. Benefits include drugs, dental care, vision

care, medical supplies and equipment, crisis intervention mental health services, medical premiums in selected provinces and transportation to access medically required health services. NIHB Program expenditures in 2002-2003 were $688.2 million.

During the year, focus was placed on the sustainability of the Program and in taking steps to ensure efficient and effective management. As part of an ongoing review of medical transportation benefits, NIHB enhanced the management of this benefit area by developing an interim NIHB national transportation policy framework that compiles regional policies and guidelines into a single national document. This national policy provides guidelines for approving benefits and will ensure that the terms and conditions under which medical transportation benefits are provided are uniformly applied across all regions.

Health Canada also established a National Orthodontic Review Centre which took effect July 1, 2002. This provides a consistent approach to the review of funding requests for orthodontic care and further streamlines the process for providers. Each request for funding continues to be reviewed by an independent orthodontic consultant using the established NIHB Program Guidelines.

A particular focus was placed on the NIHB Consent Initiative. In the management of the Program, NIHB must collect and use clients' personal information in order to process their benefits. NIHB is seeking the expressed consent of its clients to collect, use and disclose their personal information to continue to pay claims and manage the program. The Consent Initiative is aimed at satisfying the individual's right to privacy as protected under the *Charter of Rights and Freedoms*. For this reason, Health Canada continues to make every effort to ensure that clients understand the Consent Initiative and can make an informed decision to provide their consent. The consent form was translated into several FNI languages. Health Canada continues to work with those FNI organizations which wish to develop their own consent form and to provide information on the Consent Initiative through community information sessions delivered by regional staff, and through the toll-free Consent Information Centre set up by NIHB.

Privacy issues were also at the forefront of NIHB activities. In accordance with guidance from the Privacy Commissioner to federal departments, NIHB completed a Privacy Impact Assessment (PIA) this year. Several recommendations arose out of the PIA, including the development of a Privacy Code to guide the NIHB Program in the confidential handling and security of personal information collected. A Privacy Code and corresponding training module were subsequently developed.

PE 3.2: Strengthened health care system.

Priority from the 2002-2003 RPP

Cooperate and collaborate between the federal government, First Nations and Inuit communities, provinces and territories, and service providers to modernize and adapt the health service system for First Nations and Inuit.

Health Canada's goal for the FNI health system is to provide efficient, effective and sustainable health services and programs that contribute to better health outcomes for FNI.

One way to achieve this goal is through cooperation and collaboration between key partners to modernize and reform the FNI health system. Health Canada works closely with FNI and with provinces and territories to address the gaps in health status between Aboriginal and non-Aboriginal Canadians through better integration of health services. Developing these partnerships at different levels (national, regional and local) takes significant time and effort, and FNI need to be supported to have an effective role in the planning and delivery of their health services.

Health Canada, in collaboration with FNI, provides funds for Health Career Bursaries and Scholarships in order to increase the number of Aboriginal students in health-related professions. At the regional level, funding is also provided to increase interest in health careers.

Health Canada, several FN communities and provincial governments in Nova Scotia, Saskatchewan, Alberta and Manitoba are exploring, developing and implementing practical partnerships to improve the quality and integration of health services. One such example is the collaborative work of the Assembly of First Nations (AFN), Inuit Tapiriit Kanatami (ITK), Alberta and Health Canada to develop a telehealth blueprint and strategic plan to link 20 FN communities to telehealth services. As a result, more programs have been added and a web portal is available for all 400 health care workers in Alberta. This model will be used to build similar approaches in other regions.

In terms of community-level partnerships, the Eskasoni Primary Care Project in Cape Breton, Nova Scotia, embraces a multi-disciplinary model of primary health care, which includes salaried family physicians and nursing, health education, nutrition and pharmacy services. The model is based on transferring responsibilities for administration to the Eskasoni Band Council, changing the model of "fee-for-service" to a team approach where members are paid salaries, constructing a health care complex using federal and provincial funding, and establishing regional health centres to facilitate referrals to physicians and other services.

Health Canada completed the integration of the Sioux Lookout Zone Hospital with a Provincial District Health Centre. The two facilities operate under a newly formed health board which was created under provincial legislation. This board is comprised of two thirds First Nations and one third Sioux Lookout community and will operate from the two facilities until a new modern hospital is constructed. The overall goal of integrating the two facilities is to improve the health status of First Nations people.

Finally, Health Canada commenced work in cooperation with the provinces and territories and with national Aboriginal organizations on a strategy to address Aboriginal issues and participation in the implementation of elements of the 2003 First Ministers' Accord on Health Care Renewal.

PE 3.3: Strengthened information and knowledge in support of evidence-based decision-making.

Priority from the 2002-2003 RPP

Enhance and integrate information and knowledge on health indicators and health care for improved service delivery, planning and program evaluation.

Health Canada faces diverse challenges in harmonizing business needs, health service delivery requirements and information and communications technologies. A strategic and integrated approach for the development of its health-related information management infrastructure was implemented.

A governance structure that provides strong leadership and direction for the development of an Information Management (IM) Framework was established. In addition, a Privacy Working Group was set up to support the Departmental Privacy Policy Initiative and to clarify FNIHB's position with respect to the *Privacy Act* and the *Personal Information Protection and Electronic Documents Act* (PIPEDA). FNIHB developed a draft Privacy policy and protocol. This will ensure management of information in a way that respects privacy requirements.

Health Canada has deployed the First Nations and Inuit Health Information System (FNIHIS) to connect 359 sites servicing 427 FNI communities. This supports efforts to develop an effective health infrastructure with tools to enable the capture and transfer of information. Additional work supported improved health information for FNI communities through the development of two Electronic Health Record case management applications. During 2002-03, the National Diabetes Surveillance System Working Group continued to support partnerships with Aboriginal groups to improve monitoring of diabetes in Aboriginal populations by linking databases. The Environmental Health Information System (EHIS) was developed and piloted. The EHIS provides indicators on water, mould in housing and food safety. Input was also provided to other environmental databases, including water and the national West Nile virus database.

Research is a key component of knowledge management supporting the development of evidence-based policies and programs. Research tools have been developed, such as a searchable database on organizations involved in indigenous research, as well as an inventory of relevant research articles on indigenous health. Funded research on environmental contaminants will increase knowledge and awareness of the effects on community members. For instance, one project investigated contaminants in major river systems and their effects on selected New Brunswick communities. Another explored impacts of transplacental of polychlorinated biphenyls (PCB) on infant development.

As a result of the 2000 First Ministers' Meeting, health ministers agreed to collaborate on the development of a compre-

hensive framework using jointly agreed comparable indicators and reporting beginning September 2002. Three themes were identified: health status, health outcomes and quality of service and 14 indicator areas within these themes. Health Canada reported on these three themes for First Nations on-reserve in the September 2002 performance indicator report, *Healthy Canadians: A Federal Report on Comparable Health Indicators*. The Department also produced *A Statistical Profile on the Health of First Nations in Canada*, an in-depth health status report that includes indicators on non-medical determinants of health.

Health Canada developed internal evaluation capacity and completed several program evaluations during 2002-2003. The evaluation function was strengthened by developing an evaluation policy and a multi-year evaluation plan to support better coordination.

PE 3.4: Sustainable and accountable health services that support a modernized First Nations and Inuit health system, in the context of greater First Nations control.

Priorities from the 2002-2003 RPP

Implement responsive, sustainable, effective and accountable measures that will foster healthy individuals, healthy families and healthy communities while better demonstrating results on investments in programs and services, identifying gaps in service, improving the capacity to deliver services, measuring performance and improving overall management practices.

Increase Health Canada's and First Nations and Inuit communities' capacity to manage transferred funds in an accountable manner.

The Department's accountability model for First Nations and Inuit health program and service delivery establishes a framework for rational health-sector planning and resource allocation. It provides clear assignment of accountability and responsibility, as well as community ownership and leadership of health programs, and results-based performance measurement and management.

In this context, there are two broad types of accountability with which Health Canada is concerned: (1) accountability for *compliance* with the laws, regulations and standard practices regarding the use of public funds, and (2) accountability for *performance* of programs. Health Canada has made significant progress in addressing each of these areas.

Health Canada continued to develop and implement accountability tools for the delivery of FNI programs. These included an Intervention Policy and Handbook which

govern when and to what degree the Department will intervene with respect to First Nations and Inuit funding agreements and enhanced Internal Reporting Mechanisms which strengthen the tracking and reporting of agreement accountability requirements. To support and facilitate implementation of the March 2001 standard funding agreements for the delivery of First Nations and Inuit health programs and services, we developed an Annual Funding Agreement Update Process which serves to fine-tune agreements while ensuring that they reflect changes in, as well as new, federal policies and directives.

An Annual Audit Plan was developed and implemented, along with a Ministerial Audit Guide. These two documents form the basis for audits of FNI health expenditures, and led to the completion of 40 contribution audits which is an increase of 25 percent over the previous year, encompassing 76 funding agreements. Based on the audit findings, action plans were and are being developed to provide remedial financial and administrative actions as appropriate.

A review of Health Canada's Reporting Requirements for FNI funding agreements was initiated with the intention of streamlining program reporting requirements and lessening the administrative burden placed on First Nations and Inuit communities.

The continued implementation of eight Health Plan Demonstration Projects enhanced the health management and administrative capacity of those FNI communities involved. In addition to the development of Health Plans which resulted in improved responsiveness to health priorities and needs, tools such as management and reporting templates were developed and implemented in the demonstration sites.

Health Canada continued its efforts to enhance accountability within the context of the NIHB Program. Since 1999-2000, approximately 600 pharmacy, dental, medical supplies and equipment audits have been conducted leading to the identification of $8.2 million for recovery/savings. The Department drafted an action plan to implement a NIHB results-based management framework.

A Contract Management Framework has been developed to guide FNIHB in its contracting practices and procedures, and to contribute to keeping these practices and procedures in line both with Treasury Board and departmental policies and guidelines, and with principles of accountability and good governance.

Strong accountability practices are heavily dependent on the existence of requisite organizational capacity. In recognition of this fact, Health Canada developed a Capacity Development Strategy that addressed capacity in the management and administration of funding agreements. The strategy serves to identify internal and external capacity gaps and assist in their resolution.

The Department is committed to enhancing communication capacity in remote communities. Satellite equipment was purchased and installed in 63 communities and web accounts became available in order to improve the connectivity in 148 communities.

During the second year of Health Canada's Sustainable Development Strategy 2000 (SDS 2000), we completed 42 percent of the FNI health targets and made progress on 44 percent of the targets to be completed by March 2004. In addition, the FNIHB Office of Sustainable Development created an inventory of 'ozone depleting substances' and developed asbestos management plans for hospital facilities on-reserve.

The Public Accounts Committee (PAC) provided recommendations on FNI health that followed the 2000 report by the Auditor General. PAC required Health Canada to implement accountability and management initiatives and report on improvements made in these areas. A detailed status report of the follow-up actions can be found in the electronic Annex C at: http://www.hc-sc.gc.ca/english/care/estimates/index.htm. Also, a summary report of the follow-up actions to PAC can be found in Section VIII.

Improved Evidence-Base and Increased Use of Information and Communication Technologies to Support Health Decision-Making

Objective

A health system that delivers better health outcomes through more effective use of information technologies; more and better health research; and the effective use of a base of timely, accessible and reliable health information and analysis for evidence-based decision-making and better public accountability.

Financial Information

Millions of dollars	2002-2003 Planned Spending	2002-2003 Total Authorities	2002-2003 Actual Spending
Net expenditures	$179.5	$111.1	$111.1*

* This represents 4.1 percent of the Department's actual spending.

The variance between planned spending and authorities is mainly due to:

- transfer of resources related to the management, accountability and reporting responsibilities of the Canada Health Infostructure (CHI) initiatives to the First Nations and Inuit Health Business Line and Population and Public Health Service Line.
- a change in the funding profile of the Canada Health Infostructure Partnerships Program (CHIPP) as transfer payments were reprofiled to 2003-2004.

Improved Evidence-Base and Increased Use of Information and Communication Technologies to Support Health Decision-Making

Objective

A health system that delivers better health outcomes through more effective use of information technologies; more and better health research; and the effective use of a base of timely, accessible and reliable health information and analysis for evidence-based decision-making and better public accountability.

Financial Information

Millions of dollars	2002-2003 Planned Spending	2002-2003 Total Authorities	2002-2003 Actual Spending
Net expenditures	$179.5	$111.1	$111.1*

* This represents 4.1 percent of the Department's actual spending.

The variance between planned spending and authorities is mainly due to:

- transfer of resources related to the management, accountability and reporting responsibilities of the Canada Health Infostructure (CHI) initiatives to the First Nations and Inuit Health Business Line and Population and Public Health Service Line;
- a change in the funding profile of the Canada Health Infostructure Partnerships Program (CHIPP) as transfer payments were reprofiled to 2003-2004.

Context

A total of 48 percent of departmental spending in this area funds the operations of essential departmental information and knowledge management and information technology systems. This includes computer operations, telecommunications, software application development, and information management systems and services that support national health programs and services for Canadians as well as more than 8,000 departmental employees across the country. The remaining 52 percent supports the achievement of better health outcomes through innovation and implementation of information and communication technologies and through evidence-based decision-making.

Health Canada identified three outcomes and associated priorities for 2002-2003 in support of improving the evidence base and increasing the use of information and communications technologies to support health decision-making. The reporting focus under each outcome is on those priorities of most significance to Canadians.

Performance Expectation (PE) 4.1: A well-functioning national health information infrastructure which respects privacy and shares information in support of decision-making and public accountability.

Priorities from the 2002-2003 Report on Plans and Priorities (RPP)

Make significant progress on key priorities for a pan-Canadian Health Infostructure as recommended in the Tactical Plan Update 2001, approved by federal/provincial/territorial Deputy Ministers of Health.

Demonstrate the potential for measurable improvements in the quality, accessibility and efficiency of health systems and services, through the use of information and communications technology.

Building Canada's health infostructure is a long-term undertaking aimed at improving the delivery of health services through the greater use of information and communications technologies in the health sector.

In support of building the health infostructure, Budget 2003 included a commitment of $600 million for Canada Health Infoway Inc. (Infoway). Infoway is an independent not-for-profit corporation with a mandate to accelerate the development and adoption of modern systems of health information and communications technologies. Infoway is focused on the development of electronic health records, an essential building block for a modernized, more integrated health care system, and the development of telehealth applications, which are critical to improving care in rural and remote areas.

For more information on Infoway, see http://www.infoway-inforoute.ca/.

As elaborated below, Health Canada activities also included a strategy to improve health care providers' access to and use of electronic information and technology; research; the funding of demonstration projects; and the development of the Canada Health Portal.

The Department, in consultation with health care providers and key stakeholders, developed a strategy to improve the ability of health care providers to access and use electronic desktop clinical, administrative and knowledge management tools, and to connect to institutional, regional and provincial/territorial health systems. This strategy was subsequently transferred to Infoway in June 2002 for its consideration.

To support the building of the health infostructure, Health Canada funded research under the $1.2 million Knowledge Development and Exchange Program (KDEP) in 2002-2003 aimed at addressing issues related to electronic health, such as telehealth. Significant progress was made through 14 projects ranging from an Alberta project examining issues related to how health care providers, patients and the community-at-large can prepare for Internet-based health services in rural and remote areas, to an Atlantic project that addresses how regional telehealth experiences, knowledge and best practices can be shared. As well, KDEP assisted groups in developing training approaches and awareness of health information technologies among health professionals.

Health Canada also funded 29 demonstration projects under the Canada Health Infostructure Partnerships Program (CHIPP), a three-year $80 million program aimed at supporting collaboration, innovation and renewal in health care delivery across Canada through the use of information technology.

The program involved every province and territory. For example, under a CHIPP funded project in Quebec, patients at home receive care through the use of tele-surveillance technologies that alert health providers to problematic symptoms and conditions; and, a project in Nunavut is using telehealth work stations to increase the frequency of contact between physicians and their patients in 15 remote communities.

While a few are not yet fully implemented, almost all CHIPP projects have now been integrated into the ongoing health care delivery systems, a good indicator of their success. A final report, audit statement, and evaluation report will be produced for each project. As well, an overall evaluation of the CHIPP program will be completed following the end of the program in March 2004.

Finally, in partnership with several other federal departments, Health Canada lead the development of the Canada Health Portal (CHP) as part of the Federal Government On-line initiative. The CHP, launched in May 2002, is an Internet site providing single-window access to trusted and credible health information. The portal links the public to current health related information from federal departments and agencies, as well as to the homepages of provincial departments of health. The site has been ex-

tremely popular, with more than 2.3 million hits recorded between July 2002 and March 2003, including a tenfold increase in user statistics within its first six months.

To visit the CHP, go to www.chp-pcs.gc.ca.

PE 4.2: Evidence-based health policy decision-making including a better understanding of the issues relating to health care.

Priorities from the 2002-2003 RPP

Increase data and analysis on the health of Canadians and the performance of the health care system.

Develop a better understanding among health policy decision-makers of human resources issues facing health professionals.

Implement an information system to enable the Department to readily access a wide range of data on health status, its determinants, and the performance of the health care system.

Providing sound evidence to decision-makers requires thorough analysis of reliable data. A priority for Health Canada in 2002-03 was achieving a better understanding of First Nations and Inuit (FNI) health. We did so by identifying and analyzing the factors driving health care costs for the Canadian population as a whole, and the FNI population in particular, notably for Health Canada programs. The results of this research were a key factor in the decision of the Government of Canada to commit an additional $1.3 billion over the next five years to ensure the sustainability of Health Canada's programs that deliver health services to FNI.

In addition, we worked with Statistics Canada and the Canadian Institute for Health Information to improve the health data that health system managers, governments and Canadians can use to make better health care and health policy decisions.

The Department also played an important role in supporting the need for continued investment in the production and dissemination of data about the health of Canadians and the operation of their health care system. Such investments help support the continuation of initiatives such as the *Canadian Community Health Survey* and the *Reports on Health and Health Care in Canada* and strengthen the data collected for use in health system performance reporting of federal/provincial/territorial governments.

Health Canada also addressed our partners' need for information that can be applied for better evidence-based health policy decision-making by publishing the *Health Policy Research Bulletin* as well as three *Policy Research Working Papers* http://www.hc-sc.gc.ca/iacb-dgiac/arad-draa/english/rmdd/bulletin/bulletin.html. The issues of the *Bulletin*, which received widespread circulation, addressed the following themes: the effectiveness of health promotion interventions, health and the

environment: critical pathways, and closing the gaps in Aboriginal health.

Readers of the *Bulletin* and the *Working Papers* will be surveyed to determine the extent to which the research and analytical content is influencing their program and policy decision-making. It is expected that the results of the survey will be available in the winter of 2003.

To support more informed health human resources planning, Health Canada developed new models to forecast the supply and demand for physicians and nurses. Health Canada benefited from the feedback of professional health associations, health economists and modelling experts when building the supply models, and built the demand models in collaboration with Alberta Health and Wellness, the provincial health ministry. Together, these models will help planners develop informed policy responses in the areas of health education, recruitment, retention, scope of practice, and the structure of service provision.

As well, the Data and Information System (DAIS) product suite was converted for web usage, giving Health Canada analysts in regional offices and remote locations and those who work from home, access to strategic information resources previously accessible only in the National Capital Region. Health Canada analysts now have rapid access to both analytical reports and underlying databases, especially from Statistics Canada, and to contracted polling reports, using this single easy-to-use tool that was substantially completed in 2002-2003.

PE 4.3: Accountability for, and effectiveness of, Health Canada's programs, policies and functions.

Priorities from the 2002-2003 RPP

Collaborate with the provinces and territories to develop a comprehensive reporting framework of comparable indicators of health status, health outcomes, and quality of service so that each government can begin reporting by September 2002, as agreed in the September 2000 First Ministers' Agreement.

Strengthen the evaluation function in Health Canada to support strategic reviews, evaluations and decisions, as well as the development and implementation of appropriate performance measures.

Increase capacity, speed and security of the departmental information technology infrastructure.

Health Canada also recognized the importance of evaluation and performance measurement for informed decision-making by increasing the investment in the departmental evaluation group by \$600,000 (to a total of \$2.1 million) and the number of people from 11 to 18 in 2002-03. In addition to evaluation studies and performance frameworks, many other related activities were completed including the implementation of a systematic approach to grants and contributions program evaluations to

meet Treasury Board requirements, and a new Health Canada Evaluation Policy that includes standards to improve the rigour of evaluation and performance work.

Health Canada completed two major infrastructure projects in 2002-03 that improved how the Department delivers its electronic services to Canadians (such as via the Health Canada web page) and ensured future demand for increased services will be accommodated over the next five to seven years. In addition to improvements to the Department's network infrastructure, The Desk Top Renewal project, which was completed on time and within the $10.8 million budget, updated the software and technology that Health Canada employees use to address the needs of Canadians. For example, these improvements ensured that the software support required by SARS researchers was available quickly. Because of the efficiencies gained by using the automated software distribution features made available through the project, an estimated $1 million in gross savings will be realized each time software is distributed department-wide. These improvements to the infrastructure also better position Health Canada to meet its Government On-Line objectives.

Related website:

Information, Analysis and Connectivity Branch

http://www.hc-sc.gc.ca/iacb-dgiac/english/iacb/branchindex.html

Effective Support for the Delivery of Health Canada's Programs

Objective

To provide effective support for the delivery of Health Canada's programs and for sound management practices across the Department.

Financial Information

Millions of dollars	2002-2003 Planned Spending	2002-2003 Total Authorities	2002-2003 Actual Spending
Gross expenditures	$171.3	$223.1	$206.5
Revenues	(0.7)	(0.7)	(0.4)
Net expenditures	$170.6	$222.4	$206.1*

* This represents 7.6 percent of the Department's actual spending.

Variances between planned spending versus total authorities is mainly due to:

- funding related to support for First Nations construction/restoration of On-Reserve Facilities reflected under this Business Line;
- various new funding to provide effective support for the delivery of Health Canada programs.

The actual spending is $16.3 million lower than total authorities mainly resulting from the setting aside of funds to cover the increased costs of the employee benefit plans, unexpended resources for the 2002 G8 Summit in Canada and other departmentally supported costs.

Effective Support for the Delivery of Health Canada's Programs

Objective

To provide effective support for the delivery of Health Canada's programs and for sound management practices across the Department.

Financial Information

Millions of dollars	2002-2003 Planned Spending	2002-2003 Total Authorities	2002-2003 Actual Spending
Gross expenditures	$171.3	$223.1	$206.5
Revenues	(0.7)	(0.7)	(0.4)
Net expenditures	$170.6	$222.4	$206.1*

* This represents 7.6 percent of the Department's actual spending.

Variances between planned spending versus total authorities is mainly due to:

- funding related to support for First Nations construction/restoration of On-Reserve Facilities reflected under this Business Line;
- various new funding to provide effective support for the delivery of Health Canada programs.

The actual spending is $16.3 million lower than total authorities mainly resulting from the setting aside of funds to cover the increased costs of the employee benefit plans, unexpended resources for the 2002 G8 Summit in Canada and other departmentally supported costs.

Context:

To assist the diverse number of Health Canada programs fulfill their objectives as outlined in this report, the Department has in place a number of support functions that are contributing to the improvement of the quality of these programs. These include the modernization of the Department's management practices, development and vitality of official language minority communities, delivery of Health Canada programs tailored to meet local conditions across Canada, and bringing greater leadership, coherence and expertise to the overall strategic direction of Health Canada's scientific responsibilities and activities.

Performance Expectation (PE) 5.1: Continuous improvement in the provision of timely and quality corporate administrative services and in the promotion of sound management practices, including modern comptrollership, grants and contributions, contracting accountability, and human resources management.

Priorities from the 2002-2003 Report on Plans and Priorities (RPP)

Effectively support the delivery of Health Canada's programs and sound management practices across the Department, including modern comptrollership.

Provide, through the Regional Directors General and their staff, effective regional delivery of Health Canada's programs, tailored to meet local conditions.

Improve, through the Office of the Chief Scientist, the Department's ability to perform and harness excellence in health science and research to ensure the health and safety of Canadians.

Health Canada's Modern Management Strategy

A Modern Management Strategy (MMS): Implementing Modern Comptrollership in Health Canada was approved in May 2002. A more complete description of this Strategy, and other departmental activities contributing to the implementation of modern management practices can be found in Section IV: Government Themes and Management Issues.

A Departmental Quality Assurance Unit has been created to ensure independent reviews of management practices and controls through analysis of policies, practices and operations, and identifying, evaluating and assessing risks and mitigation practices

in the areas of grants and contributions and contracting.

The Department has had significant success in ensuring a representative workforce to be better able to meet the needs of the Canadian public. As of March 31, 2003, the representation of employees in Health Canada by Employment Equity group members is: 11.3 percent visible minorities, 6.4 percent Aboriginal people, 4.3 percent persons with disabilities and 66.9 percent women.

Development and Vitality of Official Language Minority Communities

Over the past year, Health Canada contributed, with the advice and support of two Consultative Committees on health related priorities in French and English minority communities, to the development and vitality of official language minority communities across Canada. For example, $1.9 million was invested in the launch of a networking initiative for francophone minority communities in Ontario, Manitoba, Prince Edward Island and Alberta. Lessons learned from this phase will be shared with other minority francophone communities who are considering the establishment of networks.

As well, combined funding of $3.8 million from Health Canada and Canadian Heritage was allocated for community projects through the Canadian Heritage Interdepartmental Partnerships with Official Languages Minority Communities initiative. An investment of $1.2 million for a project on teleoncology resulted in the establishment of an efficient, comprehensive screening system for cervical cancer for the francophone minority community in New Brunswick to reduce mortality from the disease. As well, the Patient and Community Support Network project in Quebec received $200,000 to link communities having little or no access to English-language health services to an English network in Montreal which offers health information and patient support, support groups and access to medical expertise.

The Government Action Plan for Official Languages launched in March 2003 includes a $119 million investment in health care to implement positive steps in response to community needs such as the training and retention initiative for health professionals and community networking initiative designed to improve access to health services provided to official languages minority communities. Included in this amount is the reallocation of $30 million from the Primary Health Care Transition Fund to improve access to health services for official language minority communities. The health care investment and initiatives represent the successful culmination of several years of collaborative effort between the official language minority communities and Health Canada.

Regional Delivery of Health Canada's Programs

Recognizing that effective work in the health field requires the involvement of multiple partners, in 2002-03 the Regional Directors General and their staff used exist-

ing regional networks of stakeholders, and developed new ones, to implement several initiatives that have improved information sharing, collaboration, and departmental program implementation tailored to local conditions. Regional offices also contributed to the Department's direction-setting for health reform.

With the Pacific Council of Senior Federal Officials (PCSFO), the Department coordinated federal activities on emergency preparedness in British Columbia, and organized four events that increased the abilities of federal managers to lead files requiring interdepartmental coordination, and to provide services to the public in both official languages.

To assist community groups to better plan and evaluate their work in addressing the determinants of health, Health Canada in Manitoba and Saskatchewan collaborated with the university-based Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit to produce the workbook, *How our programs affect population health determinants: A workbook for better planning and accountability*. The key concepts of the workbook were shared at capacity building workshops held in Manitoba and Saskatchewan. Eighty percent of participants who evaluated the session agreed that they were better able to integrate population health determinants into program planning and evaluation as a result of attending this workshop.

Working relationships developed between Alberta/Northwest Territories Region and different levels of government in Alberta during preparations for the 2001 G8 summit provide a useful model for departmental, multi-jurisdictional work at the local level. The key elements of the model include rapid access to the Department through regionally based Health Canada officials, the fine-tuning of federal processes to meet local needs at different government levels, and the establishment of a single-window communication mechanism for follow-up.

To alleviate the barriers faced by visible minority federal public servants and to close the gaps related to their representation within government, a strategy was developed as part of the Action Plan "Embracing Change in the Federal Public Service". Health Canada was the lead partner with the interdepartmental Ontario Federal Council in its promotion and coordination.

The Quebec Region played an active role in the 6th Federal Workshop on Sustainable Development organized by the Federal Interdepartmental Committee on Sustainable Development (FICSD). Thirty federal departments, agencies and Crown corporations participated in the workshop as did, this year for the first time, private sector and academic stakeholders. The event provided a forum for the exchange of information and best practices, and allowed the participants to share knowledge; the aim of the exercise was to help participants integrate sustainable development into their activities and operations.

In the Atlantic region, Health Canada is building on partnerships with four provincial Ministries of Health to form an Atlantic Health Strategic Planning Committee. During 2002-2003, the five partners continued

development of their first joint priority: the Atlantic Wellness Strategy for Active Living and Healthy Eating. The partners launched joint initiatives to determine community capacity and the identification of a policy framework to support the wellness strategy.

Office of the Chief Scientist

The Office of the Chief Scientist brings leadership, coherence and expertise to the overall strategic direction of Health Canada's scientific responsibilities and activities. In addition to providing advice on scientific trends and opportunities, the Office of the Chief Scientist increased health research partnerships with academia, industry, non-governmental organizations, and international organizations through support for workshops, conferences and symposia. The Health Canada Research Forum: From Science to Policy, provided a showcase for over 200 of the Department's science initiatives. The Science Forum on Risk Assessment, which was co-hosted by the Canadian Food Inspection Agency, was attended by participants from Canada and other countries. The event stimulated interactions between risk assessors and risk managers to clarify their respective activities.

The Office of the Chief Scientist and its partners awarded $1.2 million to 13 interdisciplinary research teams from across Canada to support the development of research capacity aimed at reducing health disparities and promoting the health of vulnerable populations. Health Canada, with its partners, has also concluded an agreement to support the Safe Food and Water Initiative. Under this initiative, $1.5 million is available annually for three years to fund research proposals.

In Quebec, the Science and Technology Committee organized a science media outreach activity which brought together representatives of 22 federal research centres in Quebec, including 60 researchers, and various media representatives. Two researchers represented Health Canada. The event promoted the scientific activities carried out in these centres in the areas of water, space, earth, fauna and flora, energy and human beings. It also enabled researchers to network, and a compendium was produced of all the research presented at the event. Furthermore, Health Canada and four other federal departments helped create a special insert for a science magazine on the research being carried out in Quebec by scientists working for the Government of Canada. The insert reached more than 300,000 readers.

The new Health Canada Framework for Science is aimed at strengthening our ability to foster and coordinate science that is of high quality, aligned with departmental mandates, and linked with national and international health research efforts.

Establishment of the Research Ethics Board is intended to ensure that Health Canada's research involving human subjects is carried out according to the highest ethical standards. This independent Board became operational in 2002 in order to formalize Health Canada's ethics review process. The Board reviews applications

for research involving human participants that is funded or carried out by Health Canada researchers, conducted in collaboration with external researchers, or carried out on Health Canada premises.

Enhancing the skills of health system managers: Adding to the increased emphasis in health research, the federal government contributed $25 million for an innovative program that will enhance the skills of health system managers (nurse and physician managers, along with health service executives) in how to use research to increase their evidence-based decision-making and better manage the Canadian health care system. The Executive Training for Research Application (EXTRA) program will serve to build bridges between decision makers and researchers, and encourage the exchange of perspectives, ideas and needs between these two groups and among executives from the health and management professions. Participants will include mid- to senior-level executives in health care organizations and each participant will have a two year fellowship. EXTRA will be delivered by the Canadian Health Services Research Foundation (http://www.chsrf.ca) and Health Canada will continue to work closely with the CHSRF to administer this grant.

Section IV:

Government Themes and Management Issues

Modern Comptrollership (Modern Management Practices)

Implementing a culture of management excellence is a long-term process that involves changes in many aspects of an organization. These change initiatives are featured in Health Canada's May 2002 *Modern Management Strategy (MMS): Implementing Modern Comptrollership in Health Canada.*

To ensure ongoing oversight for the implementation of the MMS, the Department has assigned this responsibility to its Subcommittee on Operations.

The Office of Modern Comptrollership plays a key role in communicating the MMS and in supporting branch and regional managers in their management improvement initiatives. It monitors and reports on progress internally and to central agencies, and maintains the modern comptrollership section on the Health Canada website. Both the MMS and the Progress Report can be found at: http://www.hc-sc.gc.ca/english/care/estimates/modern_comptrollership.htm.

In November 2002, a *Progress Report on the Implementation of Health Canada's Modern Management Strategy* was provided to Treasury Board Secretariat. This report highlighted our Department's efforts and progress on a number of modern management practices/initiatives.

One year into implementation of our MMS we can report that over 60 percent of actions planned to address key findings of the capacity assessment (2001) are complete and the remaining key findings have initiatives well under way.

Key initiatives contributing to building the foundation to achieve success in modernizing our management practices: a shared set of values and ethics and a healthy workplace and work force

As a result of a successful Department-wide Dialogue on Values and Ethics, Health Canada's Centre for Workplace Ethics developed a report entitled *Shaping our Organizational Culture* which presents a statement of values and ethics. An overall Multi-Year Action Plan for Values and Ethics to follow through on the results of the Dialogue was also developed and approved in August 2002 and is currently being implemented.

Launched in 2002, the Workplace Health and Human Resources Modernization Initiative builds on work already under way to develop a departmental Workplace Health Action Plan and update the departmental Human Resources Management Strategy. A critical look at our internal work environment and the health of our employees was undertaken through the work of employee driven task teams to develop recommendations for action in the areas of continuous learning and development, health promotion and practices, the physical environment, organizational culture and human resources modernization. An action plan entitled *Healthy People in a Healthy and Effective Organization: A Roadmap for Action within Health Canada* was developed and will be implemented over three years.

Through the provision of *Managing for Results* courses for managers, the Department is fostering an environment where managers can acquire knowledge and understanding of departmental systems and management practices to assist them in making good management decisions and achieving better results.

Other key initiatives contributing to building the pillars of a modern managed organization: integrated risk management, good control systems and accountability frameworks

An Office of Integrated Risk Management was created to lead the development and implementation of an Integrated Risk Management Framework, as part of the Department's MMS Action Plan.

Seventy-five percent of the 52 recommendations identified in the Grants and Contributions Management Control Framework Action Plan have been implemented. Health Canada's Centre of Expertise on Grants and Contributions has standardized contribution agreements; conducted mandatory departmental training; and streamlined grants and contributions management systems. These initiatives are ensuring effective accountability in the management of its grants and contributions programs.

In response to the evolving nature of government-wide accountability, a departmental Contract Management Framework Action Plan was developed to standardize and make program managers more aware of current government policies, guidelines and procedures when contracting for goods and services with the private sector. The Action Plan addresses issues such as compliance with contracting policies, rules and regulations for the provision of goods and services, and overall improvement of contracting practices. To date, the Department has implemented 58 percent of its 72 recommendations.

Recruiting auditors from the audit community has become a major challenge given the aging work force in government departments and agencies. Through aggressive recruitment efforts, Health Canada's Audit and Accountability Bureau (AAB) now has a full complement of staff. Setting up this team of professional staff in such a short period of time (less than five months) was a major outcome for our audit function. Through increased membership on committees, the Bureau has also significantly strengthened its linkages within the Department, as well as those with central agencies and independent professional associations. Together, these initiatives have allowed Health Canada to develop and begin implementing a comprehensive Risk-Based Audit Plan for 2003-04, on the basis of the Department's Strategic Risk Framework and following Department-wide consultations involving more than 100 senior managers.

A departmental Records Improvement Project (RIP) resulted in the clean-up and stocktaking of paper records and the communication and implementation of records management best practices. The RIP also led to the classification and conversion of these records to a common classification structure as part of the initial stage of an information management strategy.

This past year saw the completion of an extensive review of Health Canada's security program with the objectives of enhancing the protection of employees, increasing security of sensitive assets and information, and improving security within Health Canada facilities. Recommendations from this review are now being implemented, including adoption of an Integrated Security Program under a single management framework to more effectively coordinate delivery of security services to employees and clients nationally.

Sustainable Development

Health Canada's Sustainable Development Strategy (SDS) 2000 was implemented over two years ago. SDS 2000 was developed with three priority areas for action, referred to in the Strategy as themes.

- Helping to create healthy social and physical environments.
- Integrating sustainable development into departmental decision-making and management processes.
- Minimizing the environmental health effects of the Department's physical operations and activities.

Within these three theme areas, organizational commitments are classified under objectives and then targets. Objectives are the priority outcomes that support each sustainable development theme, while targets are the more specific and measurable outputs that contribute to realizing each objective. To date, 31 percent of the targets from SDS 2000 are complete and 57 percent of the targets are in progress and on track to be completed by March 2004. Obstacles have arisen for 12 percent of the targets, which are being addressed through corrective action.

Health Canada's SDS 2000 was developed according to key federal sustainable

development reports, priorities, and initiatives. These include the guidelines for departmental strategies detailed in *A Guide to Green Government* and the Commissioner of the Environment and Sustainable Development's expectations for the second wave of departmental SDSs in the 1999 document *Moving up the Learning Curve: the Second Generation of Sustainable Development Strategies*.

Health Canada's policy commitment to sustainable development extends well beyond the three-year lifetime of each strategy, and is an integrative approach to environmental, economic, and social/cultural issues. The SDS 2000 is a comprehensive strategy relating to both departmental policies and programs, and management of the Department's internal operations. When developing SDS 2000, it was ensured that the measurable outputs clearly related to each short-term target leading towards long-term targets and objectives. However, at that time, there were no specific performance indicators developed to evaluate the realization of the longer-term objectives, thus limiting the comprehensiveness of reporting.

Progress on sustainable development is not limited to the strategy alone. As the concept of sustainable development becomes integrated into the Department, environmental, economic, and ethical responsibility is becoming inherent in new and revised policy and programs. For a complete report on Sustainable Development at Health Canada, please consult the 2002-2003 Annual Report for SDS 2000 at www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/osd/report.htm.

The Battery Recycling Program, launched in 2001, diverts batteries, which are considered hazardous waste, from regular landfills. In 2002-03, the Program was expanded to include all buildings in the National Capital Region occupied by Health Canada. The program recycled 36 percent more used small batteries (A, AA, AAA) within the first six months than in all the previous fiscal year and achieved a 43 percent increase in the recycling of large batteries (6V and 12V) over the same period.

The Climate Change and Health Office website at http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/ccho/index.htm was launched. The site includes information on the impacts of climate change on the health and well-being of Canadians; how scientists across Canada are working to advance such knowledge; how the public health sector can begin planning for adaptation; and upcoming events, publications and other topics of interest.

Service Improvement Initiative

The Service Improvement Initiative applies to departments with significant direct service delivery to Canadians and its purpose is to improve Canadians' satisfaction with the services they receive. In 2002-2003, Health Canada, as one of six lead departments implementing the initiative, achieved the following results:

National NIHB Drug Exception Centre processes requests for access to limited use and exception drugs under the Non-Insured Health Benefits Program. With a view to improving service, a random survey of 1,000 pharmacists who requested approval of certain drugs for status Indian and Inuit clients was completed in June 2002. The Drug Exception Centre responded to comments and suggestions from the pharmacists and appropriate changes were made, including simplifying approval procedures for some drugs. The baseline score for overall satisfaction with the services the Centre provides was rated 4 on a scale of 5.

***It's Your Health* (IYH)** are fact sheets used to convey general health information to Canadians. A survey of distributors and users of these publications identified opportunities to improve distribution, including promotion of the on-line version and updating database lists. In response to these and other recommendations, the fact sheets have been shortened to 2-3 pages, the articles are now available on the web in PDF and HTML format, and broadcast capability has been added to the site so that clients can be alerted when new fact sheets are published. To ensure standardized format and writing, standards were developed and more plain language is being used. A national launch of the publication in its new format took place in November 2002. Baseline satisfaction was rated 4 on a scale of 5.

Health Canada General Enquiries Line was launched in Toronto in October 2002 as a regional pilot project designed to improve service to the public. A toll-free option was added and since then, over 10,700 calls have been received. The bilingual Interactive Voice Referral system features a referral service to other information sources including Ministry of Health and Long-Term Care, Toronto Public Health, Human Resources Development Canada and 1-800 O CANADA. The caller selection for Health Canada also provides access to the Health Products and Food Branch and the Consumer Products and Safety Programme in the Healthy Environments and Consumer Safety Branch; both of which also provide a bilingual service. The toll-free number is being included in the blue page listings in all Ontario phone directories. By providing a bilingual service, the general enquiries line provides Ontario residents equal access to Health Canada information regardless of location or official language.

Pest Management Information 1-800 Service answers routine enquiries concerning human health and environmental risks associated with pest control products. Telephone surveys of general public users and of pesticide registrants have been completed resulting in a revamping of the telephone menu system. An acknowledgement of the public's participation and suggestions has been posted on the Pest Management Regulatory Agency's (PMRA) website. PMRA achieved 4.6 on a scale of 5 as a baseline satisfaction score.

Canadian Health Network (CHN) is a national, bilingual Internet-based health information service. An on-line survey of users provided a number of recommendations. An action plan has been implemented to revamp the design of the web page to make it more user-friendly and to improve the search engine capabilities on the site, which was the key recommendation from

the survey report. CHN scored 3.3 on a scale of 5 on overall satisfaction.

24/7 Emergency Call Management System is a proposed single access point for management of 24/7 national health emergencies. While work is continuing on the proposed 24/7 call system that would feature a single number for health professionals to access, a number of existing systems will continue to be used in emergencies.

Accountability to Canadians

In September 2000, Canada's First Ministers committed to publicly reporting on the performance of their health care system. On September 30, 2002 the Government of Canada fulfilled the commitment when Health Canada released *Healthy Canadians: A Federal Report on Comparable Health Indicators 2002* http://www.hc-sc.gc.ca/iacb-dgiac/arad-draa/english/accountability/indicators.html. This report includes information on the Canadian population as a whole as well as on specific populations such as First Nations on-reserve, veterans, military personnel and inmates of federal penitentiaries, for whom the federal government has particular responsibilities in the area of health care services delivery. This report, in conjunction with similar reports from all provinces and territories, marks the beginning of an ongoing process of comparable reporting by jurisdictions.

Government On-Line

The Government On-Line (GOL) initiative aims to serve Canadians better and to make the Government of Canada the government most connected to its citizens. The Department will continue to establish partnerships for e-service delivery with other government departments, provincial and territorial governments, and non-governmental organizations. In 2002-2003, GOL accomplishments included:

Canada Health Portal (CHP): Health Canada has partnered with the Canadian Food Inspection Agency, Environment Canada, Statistics Canada and Veterans Affairs Canada through signed MOUs and collaborates with several other federal departments such as Citizenship and Immigration Canada, Canadian International Development Agency, Correctional Service Canada, Human Resources Development Canada, Natural Resources Canada, Royal Canadian Mounted Police, Solicitor General and Transport Canada as content contributors for the development of the Canada Health Portal (CHP) as part of the larger Government of Canada On-Line initiative. The CHP is an Internet site providing Canadians with single-window access to trusted and credible health information. The CHP was launched on May 31, 2002 by connecting to the Government of Canada site. The portal now links current health related information from across the federal government and agencies as well as the homepages of provincial departments of health http://chp-pcs.gc.ca/index.jsp.

Web Management: The implementation of a redesigned Health Canada website that will integrate 130+ sub-sites into a single site continued through 2002-2003. Launched in May 2001, the completion date for the project has been revised from December 2002 to fall 2003 to accommodate the impact of the change on departmental web publishing processes. Care has to be taken to ensure that the provision of information services to clients and stakeholders is not affected as work progresses.

First Nations Telehealth: Deployment of telehealth technology has occurred in 21 First Nations communities in Alberta (23 sites if we include Health Canada regional and zone offices). Forty-one health centres have high-speed access to the Internet through an innovative solution involving bi-directional satellite and traditional terrestrial broadband. Approximately 500 First Nations health care professionals are now on-line. Between April 2002 and April 2003, they made an average of 125 visits per day to obtain health information and held 251 video conferencing sessions. Designed to improve access to health care and information for people in remote locations or whose access is limited by culture, language, or clinical resources, the project will continue with deployment, program development, enhancement, operations and support activities until 2004 and is expected to sunset in 2005. The project will be evaluated at that time. Challenges for the project included signal loss due to atmospheric fade and dish alignment disturbances as well as shortage of technical personnel in First Nations communities. Among the lessons learned thus far are that telehealth technology must be easy to use; if not, it will not be utilized; and, liability and confidentiality issues must be addressed before technical deployment. Additional information is available at: http://www.hc-sc.gc.ca/fnihb-dgspni/fnihb/phcph/telehealth/index.htm.

First Nations and Inuit Primary Health Care Electronic Health Record (EHR): A Home and Community Care and Aboriginal Diabetes application were developed to complement the First Nations and Inuit Health Information System. These applications, combined with an addictions information component, constitute the beginnings of an Electronic Health Record for First Nations and Inuit communities which will be deployed to up to 600 First Nations communities after pilot tests are completed in the fall of 2003. In addition, satellite access is being provided to approximately 130 remote communities, bringing high-speed Internet and e-mail for the first time to many health facilities. The expected outcome of these and other initiatives is improved access to health information, better health care and a level of health for First Nations and Inuit that is comparable to the rest of Canadians. *Healthy Canadians: A Federal Report on Comparable Health Indicators 2002* will provide a baseline for measuring improvements to Aboriginal health.

Network for Health Surveillance in Canada: Health Canada continued to take advantage of advances in technology to make surveillance systems more accessible and user-friendly. The Department rendered its Public Health Information System online, so that more public health providers can benefit from automated, integrated, client health record and reporting systems.

This is an important step in developing public health elements within the Electronic Health Record. Based on positive tests pilots in Manitoba, British Columbia and in a regional health authority in Alberta, Health Canada will be collaborating with provinces and territories to expand the system to meet current and future needs. This collaborative work which is part of the Canadian Integrated Public Health System (CIPHS) is helping overcome the challenges of aggregating public health surveillance information to a national level. Information on CIPHS is available at: http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/csc-ccs/ciphs_e.html.

Pest Management Regulatory Agency On-Line: A target of 40 percent efficiency gains in the review of pesticide submissions by 2003 was established when the Pest Management Regulatory Agency (PMRA) implemented cost recovery in 1997-1998. The PMRA created a pilot Internet site to facilitate electronic submissions to register pesticides. A core group of registrants piloted the electronic tools, forms and templates on the site after which the pilot was extended to the general registrant community in late 2002. Electronic submissions have become important components of the realized efficiency gains. These applications will be integrated into a broader electronic regulatory project to support electronic submissions and other requirements under the new *Pest Control Products Act*. The PMRA continues to work with international counterparts to promote the development of compatible electronic-based approaches in regulatory processes. Additional information is available at: http://www.hc-sc.gc.ca/pmra-arla/english/main/gol-e.html.

To access Health Canada's GOL Public Report: http://www.hc-sc.gc.ca/english/achieving_gol.html.

Health System Performance Reporting

The Department continued its work with provincial and territorial government counterparts to realize the commitments in the Social Union Framework Agreement (SUFA) to improved performance measuring and reporting, those in the First Ministers' September 2000 Communiqué on Health to develop a framework for comparable reporting, as well as those in the 2003 First Ministers' Accord to build on comparable indicators. In September 2002 all jurisdictions reported on indicators of health outcomes, health status and quality of services, providing consistent and comparable information to Canadians and decision-makers.

This approach to quantitative reporting was also incorporated in the Appendix A to Health Canada's Departmental Performance Report for 2001-2002.

Alternative Service Delivery – Foundations

Improving Canada's health statistics system: Health Canada works closely with both Statistics Canada and the Canadian

Institute for Health Information to ensure that the health information needs of Canadians are being satisfied. In the past year, Health Canada has played an important role in supporting the need for continued investment in the production and dissemination of data about the health of Canadians and the operation of their health care system. As a result, $140 million over five years was provided for health statistics related activities in Budget 2003. Health Canada currently administers one contribution and one grant (funded through three rounds of funding) with the Canadian Institute for Health Information. These grants and the contribution support many health information activities including the *Canadian Community Health Survey*, reports on health and health care in Canada and other efforts to modernize and maintain Canadian population health and health care statistics. Data collection funded by these investments is a key component of health system performance reporting by federal/provincial/territorial governments.

More information about the projects that have been funded can be found at: http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=profile_roadmap_e.

Accelerating the development of electronic health record solutions in the health sector: Following the September 2000 First Ministers' Agreement on Health, the federal government committed an initial investment of $500 million for an independent corporation to develop and ensure the use of pan-Canadian information standards and compatible communications technologies. Canada Health Infoway Inc. (Infoway) whose mandate includes acceleration of the development and adoption of modern systems of health information and communications technologies was established as the not-for-profit corporation. The corporation's membership consists of Deputy Ministers of Health from federal, provincial and territorial governments (to date, the Quebec Deputy Minister has chosen not to participate). Infoway's immediate priority is to foster and accelerate the development of inter-operable electronic health record solutions on a pan-Canadian basis in a cost-effective manner to support improved quality of care. Infoway made public the summary of its first Business Plan in June 2002 and also released its Investment Strategy and first Annual Report.

In 2002-2003, consistent with its Business Plan, Infoway announced two rounds of investments focused on system architecture/standards and client and provider registries.

In the 2003 Health Accord, First Ministers agreed to place further priority on the implementation of electronic health records and the development of telehealth applications with the federal government committing to provide additional funds to support these areas. The subsequent allocation of $600 million to Infoway in the Federal Budget of 2003 reflected this commitment. For further information, please consult: http://www.infoway-inforoute.ca/.

Procurement and Contracting

1. Role played by procurement and contracting in delivering programs.	Procurement and contracting play an integral role in the support of program delivery in this Department. The aim of procurement and contracting is to provide materiel and services in conjunction with program activities aimed at achieving departmental goals and objectives.
2. Overview of the contracting management processes and strategy within the Department.	As part of overall efforts to strengthen its management practices and processes, Health Canada launched a management review of its contracting function. As a result, consistent with modern comptrollership, Health Canada has prepared a Contract Management Framework and Action Plan for implementation of the recommended improvement opportunities. The Action Plan deals with four major themes: responsibility, accountability, oversight and monitoring, and audit. Senior management is committed to rigorous contract management practices across the Department.
3. Progress and new initiatives enabling effective and efficient procurement practices.	In the past year Materiel Management Division has developed: • three new courses - Contract and Requisition Control Committee training course; Statement of Work; and Request for Proposal development courses; • improved working tools such as contract templates, approval and routing forms and a revised Financial Signing Authorities Delegation; • implementation of Contract and Requisition Control Committees (CRCC) in each Branch and Region effective April 1, 2003; • ongoing dialogue with CRCC stakeholders as part of the CRCC focus groups and initiation of the Materiel Management Advisory Committee.
4. Internet links and/or website addresses.	Health Canada has developed a new materiel management website containing relevant information from the departmental policy centre database in Lotus Notes. Several updates are still required before the website is initiated in place of the policy centre database.

Materiel Management

1. Assessment and/or inventory of resources.	A complete inventory was taken of all capital assets in the fall of 2000. This inventory listing is maintained on an ongoing basis. Each year the Assets Master Records (AMRs) valued at greater than $10,000 are distributed to the Long-Term Capital Plan (LTCP) Committee members for verification.
2. Basis of the assessment and the Department's level of confidence in the outcomes.	All assets that have a value in excess of $1,000 or that are considered to be of an attractive nature valued at less than $1,000 were inventoried. This inventory was verified in each program area. Assets and inventory management are being addressed as part of the recent report to develop an Assets Management Framework for the Department.
3. Life-cycle costs for mission critical assets.	Identified as part of the LTCP.
4. Plan for life-cycle, mission critical assets.	A LTCP was submitted to Treasury Board on February 12, 2002. A Part II update is developed annually for submission with the Annual Reference Level Update.
5. Progress made to identify these assets and their operational cost.	All such assets have been inventoried and their operational cost identified.
6. Concerns or problem areas identified.	The LTCP has identified gaps in O&M and capital funding for the maintenance and upkeep of assets.
7. Risk management assessments made on mission critical assets and the financial impact on operational capabilities.	Construction projects undergo a review by the Labour Canada, Fire Commissioner's Office during the architectural plan preparation as well as a final inspection prior to move-in to ensure all newly constructed or renovated facilities comply with appropriate building codes and regulations. Additionally, building condition reports are periodically undertaken on facilities to identify any potentially hazardous situations or health and safety concerns. Annual inspections of facilities are also completed by regional maintenance staff and a repair and replacement budget prepared to address any outstanding issues requiring attention. The financial impact identified is a shortfall in O&M and capital funding for the maintenance and sustainability of assets.

Gender-Based Analysis

An Implementation Strategy has recently been developed to put the Gender-Based Analysis (GBA) Policy into full effect throughout Health Canada. It outlines the key activities, outputs and outcomes from 2003-2008 which will help ensure that this horizontal policy will be mutually supported and reinforced throughout all branches. By the end of the five-year life span of the Strategy, it is anticipated that: knowledge of GBA will be widely disseminated; GBA will be advanced into substantive work; and will be integrated into daily planning and operations.

Section V:

Financial Performance

Financial Performance Overview

The following financial summary tables are presented to provide an overview of Health Canada's 2002-2003 resource utilization along with prior years' comparative information. Health Canada strives to utilize resources in the most effective and efficient way possible which usually includes undertaking "in-year" resource reallocations. Examples of such activity in 2002-2003 include:

- $10.8 million to Pharmaceuticals Management to strengthen surveillance of the therapeutic effect of drugs (benefits and risks) on Canadians after they have been approved for sale in Canada; the creation of a common intergovernmental advisory process to assess drugs for potential inclusion in government drug benefit plans (i.e. the Common Drug Review); and an examination of current best practices in prescribing and promoting appropriate utilization of drugs.
- $9 million to the *Canadian Environmental Protection Act* (CEPA), the cornerstone of environmental protection in Canada which contributes to sustainable development and plays a pivotal role in protecting humans from adverse impacts from chemicals, other substances and environmental threats.
- $3 million to Drug Analysis Services to maintain these services as the sole source of illicit drug analysis for drug enforcement purposes and to meet increased demands from law enforcement agencies.

Resources to fund these initiatives were reallocated from lower priority activities as well as from programs where different delivery strategies could be used to reduce costs while still meeting objectives. As a result of these efforts, Canadians are more assured of receiving value for resources expended.

Overall in 2002-2003, Health Canada did not have significant lapses. A surplus of $20.8 million or less than one percent of the authorities in operating and grants and contributions resources did occur. This was primarily attributable to lapses related to the National Smallpox Preparedness and Response Strategy. These resources will be carried forward to 2003-04 as they will be required to complete the activities of this initiative. The surplus is also due to the setting aside of funds to cover the increased costs of the employee benefit plans and other small operating lapses.

Financial Table 1: Summary of Voted Appropriations Authorities for 2002-2003

This table reflects the break down of Health Canada's resources by Voted Appropriations. Health Canada at present has two votes: Vote 1 for Operating Expenditures and Vote 5 for Grants and Contributions.

Actual spending for Vote 1 is $20.2 million lower than authorities, mainly resulting from lapses related to the National Smallpox Preparedness and Response Strategy, setting aside of funds for the increased costs of the employee benefit plans, and other small operating lapses. The total authorities for Vote 1 are $232 million higher than the planned spending mainly due to newly approved resources for several initiatives such as First Nations and Inuit Health Sustainability, National Smallpox Preparedness and Response Strategy, and Early Childhood Development.

Actual spending for Vote 5 is $0.6 million lower than authorities, mainly resulting from unexpended resources for the G8 Summit in Canada. The total authorities for Vote 5 are $164.6 million lower than the planned spending mainly resulting from a change to the funding profile related to the Primary Health Care Transition Fund (PHCTF) and the reprofiling of resources to future years related to Hepatitis C - Health Care Services and Lookback/Traceback.

Financial Requirements by Authority (millions of dollars)

		2002-2003		
Vote	**Health Canada**	**Planned Spending**[1]	**Total Authorities**[2]	**Actual Spending**[2]
1	Operating Expenditures	1,367.0	1,598.9	1,578.7
5	Grants and Contributions	1,197.2	1,032.6	1,032.0
(S)	Minister of Health - Salary and motor car allowance	-	0.1	0.1
(S)	Contributions to employee benefit plans	91.5	106.8	106.8
(S)	Spending of proceeds from the disposal of surplus Crown assets	-	0.4	0.3
	Total Department	**2,655.7**	**2,738.8**	**2,717.9**

Total Authorities are Main Estimates plus Supplementary Estimates plus other authorities.

1) from the 2002-2003 Report on Plans and Priorities

2) from the 2002-2003 Public Accounts

Financial Table 2: Comparison of Total Planned Spending to Actual Spending

This table reflects how resources are used within Health Canada by appropriation and by Business Line. Explanations of variances by Business Line can be found in Section III: Departmental Performance. Further details for non-respendable revenues can be found in Table 5: Revenue. Cost of services provided by other departments includes accommodation, workers' compensation coverage, legal services, and employee insurance plans.

Departmental Planned versus Actual Spending by Business Line (millions of dollars)

Business Lines	Full-Time Equivalents	Operating	Capital	Grants & Contributions	Total Gross Expenditures	Less: Respendable Revenues	Total Net Expenditures
Health Care Policy							
(Planned spending)	305	59.4		168.0	227.4		227.4
(Total authorities)	*383*	*78.4*		*54.7*	*133.1*		*133.1*
(Actual spending)	**422**	**78.4**		**54.7**	**133.1**		**133.1**
Health Promotion and Protection							
(Planned spending)	4,249	532.9		285.2	818.1	(52.9)	765.2
(Total authorities)	*4,404*	*633.4*		*231.0*	*864.4*	*(57.6)*	*806.8*
(Actual spending)	**4,561**	**617.9**		**230.9**	**848.8**	**(46.6)**	**802.2**
First Nations and Inuit Health							
(Planned spending)	1,427	670.8		651.3	1,322.1	(9.1)	1,313.0
(Total authorities)	*1,460*	*794.4*		*677.9*	*1,472.3*	*(6.9)*	*1,465.4*
(Actual spending)	**1,685**	**793.4**		**677.9**	**1,471.3**	**(5.9)**	**1,465.4**
Information & Knowledge Management							
(Planned spending)	741	114.3		65.2	179.5		179.5
(Total authorities)	*615*	*79.3*		*31.8*	*111.1*		*111.1*
(Actual spending)	**636**	**79.3**		**31.8**	**111.1**		**111.1**
Departmental Management & Administration							
(Planned spending)	1,208	139.9	3.9	27.5	171.3	(0.7)	170.6
(Total authorities)	*1,316*	*173.5*	*12.4*	*37.2*	*223.1*	*(0.7)*	*222.4*
(Actual spending)	**1,529**	**157.4**	**12.4**	**36.7**	**206.5**	**(0.4)**	**206.1**
Total							
(Planned spending)	7,930	1,517.3	3.9	1,197.2	2,718.4	(62.7)	2,655.7
(Total authorities)	*8,178*	*1,759.0*	*12.4*	*1,032.6*	*2,804.0*	*(65.2)*	*2,738.8*
(Actual spending)	**8,833**	**1,726.4**	**12.4**	**1,032.0**	**2,770.8**	**(52.9)**	**2,717.9**
Other Revenues and Expenditures							
Non-Respendable Revenues							
(Planned spending)							(7.6)
(Total authorities)							*(7.6)*
(Actual spending)							**(35.2)**
Cost of services provided by other departments							
(Planned spending)							67.5
(Total authorities)							*67.5*
(Actual spending)							**78.5**
Net Cost of the Program							
(Planned spending)							2,715.6
(Total authorities)							*2,798.7*
(Actual spending)							**2,761.2**

Financial Table 3: Historical Comparison of Total Planned Spending to Actual Spending

This table shows the trend of expenditures over time by Business Line. Large variances are mainly the result of new initiatives announced in recent Budget speeches (e.g. Resources to help sustain the First Nations and Inuit health system in the area of Non-Insured Health Benefits in 2002-2003), the reprofiling of resources from one year to a future year(s) when required (e.g. Primary Health Care Transition Fund (PHCTF) in Health Care Policy in 2002-2003), and the transfer of resources related to the management, accountability, and reporting responsibilities of the Canada Health Infostructure (CHI) initiatives from Information and Knowledge Management to Health Promotion and Protection, and First Nations and Inuit Health.

Some funding announcements were for one year only, as was the case in Information and Knowledge Management in 2001-2002 (e.g. approval of a one-time grant of $95 million to the Canadian Institute for Health Information (CIHI) to implement the Health Information Roadmap Initiative).

Departmental Planned versus Actual Spending by Business Line (millions of dollars)

	2000-2001	2001-2002	2002-2003		
Business Lines	**Actual Spending**	**Actual Spending**	**Planned Spending**	**Total Authorities**	**Actual Spending**
Health Care Policy	112.6	107.1	227.4	133.1	133.1
Health Promotion and Protection	634.4	743.0	765.2	806.8	802.2
First Nations and Inuit Health	1,266.5	1,339.1	1,313.0	1,465.4	1,465.4
Information & Knowledge Management	126.7	281.3	179.5	111.1	111.1
Departmental Management & Administration	180.3	208.6	170.6	222.4	206.1
Total	**2,320.5**	**2,679.1**	**2,655.7**	**2,738.8**	**2,717.9**

Total Authorities are Main Estimates plus Supplementary Estimates plus other authorities.

Financial Table 4: Crosswalk between Strategic Outcomes and Business Lines

Total Planned Spending and Actual Spending 2002-2003 (millions of dollars)

		Business Lines						Business Lines	
Strategic Outcomes		**Health Care Policy**	**Health Promotion & Protection**	**First Nations and Inuit Health**	**Information & Knowledge Management**	**Departmental Management & Administration**	**Total ($)**	**% of Total**	**FTEs**
A strong and sustainable health care system	(Planned spending)	227.4					227.4	8.6%	305
	(Actual spending)	133.1					**133.1**	**4.9%**	**422**
A healthier population by promoting health and preventing illness	(Planned spending)		378.9				378.9	14.3%	941
	(Actual spending)		**415.5**				**415.5**	**15.3%**	**1,282**
Safe health products and food	(Planned spending)		153.6				153.6	5.8%	1,727
	(Actual spending)		**144.5**				**144.5**	**5.3%**	**1,625**
Healthier environments and safer products for Canadians	(Planned spending)		202.6				202.6	7.6%	1,142
	(Actual spending)		**210.5**				**210.5**	**7.7%**	**1,250**
Sustainable pest management products and programs for Canadians	(Planned spending)		30.1				30.1	1.1%	439
	(Actual spending)		**31.7**				**31.7**	**1.2%**	**404**
Healthier First Nations and Inuit through collaborative delivery of health promotion, disease prevention, and health care services	(Planned spending)			1,313.0			1,313.0	49.4%	1,427
	(Actual spending)			**1,465.4**			**1,465.4**	**53.9%**	**1,685**
Improved evidence-base and increased use of information and communication technologies to support health decision-making	(Planned spending)				179.5		179.5	6.8%	741
	(Actual spending)				**111.1**		**111.1**	**4.1%**	**636**
Effective support for the delivery of Health Canada's programs	(Planned spending)					170.6	170.6	6.4%	1,208
	(Actual spending)					**206.1**	**206.1**	**7.6%**	**1,529**
Strategic Outcomes	(Planned spending)	227.4	765.2	1,313.0	179.5	170.6	2,655.7		
	(Actual spending)	**133.1**	**802.2**	**1,465.4**	**111.1**	**206.1**	**2,717.9**		
% of Total	(Planned spending)	8.6%	28.8%	49.4%	6.8%	6.4%		100.0%	
	(Actual spending)	**4.9%**	**29.5%**	**53.9%**	**4.1%**	**7.6%**		**100.0%**	
Full-Time Equivalents (FTEs)	(Planned spending)	305	4,249	1,427	741	1,208			7,930
	(Actual spending)	**422**	**4,561**	**1,685**	**636**	**1,529**			**8,833**

Note: due to rounding, figures may not add up to totals shown.

Financial Table 5: Revenue

Reflected in this table is the collection of respendable revenues by Business Line/Service Line and of non-respendable revenues by classification and source. Non-respendable revenues are shown by source in order to reflect the information in a useful format.

A variety of respendable revenues are collected which include Medical Devices, Radiation Dosimetry, Drug Submission Evaluation, Veterinary Drugs, Pest Management Regulation, Product Safety, hospital revenues resulting from payments for services provided to First Nations and Inuit Health hospitals, which are covered under provincial or territorial plans, and for the sale of drugs and health services for First Nations communities.

Revenues (millions of dollars)

	2000-2001	2001-2002	2002-2003		
	Actual Revenues	Actual Revenues	Planned Revenues	Total Authorities[1]	Actual Revenues
Respendable Revenues[2] **Business Lines/Service Lines**					
Health Promotion and Protection					
Population and Public Health	0.0	0.1	0.0	0.1	0.1
Health Products and Food	34.5	35.5	36.1	40.7	32.2
Healthy Environments and Consumer Safety	6.9	7.4	9.8	9.8	7.5
Pest Management Regulation	7.0	6.9	7.0	7.0	6.8
First Nations and Inuit Health					
First Nations and Inuit Health	7.2	6.9	9.1	6.9	5.9
Departmental Management and Administration					
Corporate Services	0.3	0.4	0.7	0.7	0.4
Total Respendable Revenues[2]	**55.9**	**57.2**	**62.7**	**65.2**	**52.9**
Non-Respendable Revenues **Main Classification and Source**					
Tax revenues:					
Goods and services tax	0.2	-	-	-	-
Non-tax revenues:					
Refunds of expenditures	11.6	14.5	-	-	27.0
Sales of goods and services	-	-	-	-	0.7
Other fees and charges	1.7	1.8	7.6	7.6	7.2
Proceeds from the disposal of surplus Crown assets	0.8	0.6	-	-	0.3
Miscellaneous non-tax revenues	8.5	15.6	-	-	-
Total Non-Respendable Revenues	**22.8**	**32.5**	**7.6**	**7.6**	**35.2**
Total Revenues	**78.7**	**89.7**	**70.3**	**72.8**	**88.1**

1) Total Authorities are Main Estimates plus other authorities.

2) Respendable Revenues: These revenues were formerly called "Revenues Credited to the Vote" and are available for spending by the Department.

Financial Table 6: Transfer Payments

This table reflects the break down of Transfer Payments (Grants, Contributions and other Transfer Payments) by Business Line. Large variances are mainly the result of reprofiling of resources to future years related to the Primary Health Care Transition Fund (PHCTF) in Health Care Policy, and Hepatitis C - Health Care Services and Lookback/Traceback in Health Promotion and Protection, and the transfer of resources related to the management, accountability, and reporting responsibilities of the Canada Health Infostructure (CHI) initiatives from Information and Knowledge Management to Health Promotion and Protection, and First Nations and Inuit Health.

Some funding announcements were for one year only, as was the case in Information and Knowledge Management in 2001-2002 (e.g. approval of a one-time grant of $95 million to the Canadian Institute for Health Information (CIHI) to implement the Health Information Roadmap Initiative).

For information regarding Details on Transfer Payments, consult the electronic Annex B: Details on Transfer Payments, 2002-2003 Actual Spending at: http://www.hc-sc.gc.ca/english/care/estimates/index.htm.

Transfer Payments by Business Line (millions of dollars)

	2000-2001	2001-2002	2002-2003		
Business Lines	**Actual Spending**	**Actual Spending**	**Planned Spending**	**Total Authorities[1]**	**Actual Spending**
Grants					
Health Care Policy	11.9	1.1	0.9	3.5	**3.5**
Health Promotion and Protection	23.7	23.3	30.3	20.5	**20.5**
Information and Knowledge Management	0.0	95.0	0.0	0.0	**0.0**
Total Grants	**35.6**	**119.4**	**31.2**	**24.0**	**24.0**
Contributions					
Health Care Policy	43.0	29.5	167.1	51.2	**51.1**
Health Promotion and Protection	172.6	179.1	214.8	189.3	**189.3**
First Nations and Inuit Health	589.1	637.0	651.3	677.9	**677.9**
Information and Knowledge Management	20.8	49.2	65.2	31.8	**31.8**
Departmental Management and Administration	41.0	52.1	27.5	37.2	**36.7**
Total Contributions	**866.5**	**946.9**	**1,125.9**	**987.4**	**986.8**
Other Transfer Payments					
Health Promotion and Protection	29.6	55.8	40.1	21.2	**21.2**
Total Other Transfer Payments	**29.6**	**55.8**	**40.1**	**21.2**	**21.2**
Total Transfer Payments	**931.7**	**1,122.1**	**1,197.2**	**1,032.6**	**1,032.0**

1) Total Authorities are Main Estimates plus Supplementary Estimates plus other authorities.

Financial Table 7: Resource Requirements by Organization and Business Line

Comparison of 2002-2003 (RPP) planned spending and total authorities to actual spending by organization and Business Line. Explanations of variances by Business Line can be found in Section III: Departmental Performance.

(millions of dollars)

	Business Lines					
Organization	**Health Care Policy**	**Health Promotion and Protection**	**First Nations and Inuit Health**	**Information and Knowledge Management**	**Departmental Management and Administration**	**Total**
Health Policy and Communications						
(Planned spending)	227.4					227.4
(Total authorities)	*133.1*					*133.1*
(Actual Spending)	**133.1**					**133.1**
Population and Public Health						
(Planned spending)		378.9				378.9
(Total authorities)		*420.1*				*420.1*
(Actual Spending)		**415.5**				**415.5**
Health Products and Food						
(Planned spending)		153.6				153.6
(Total authorities)		*144.5*				*144.5*
(Actual Spending)		**144.5**				**144.5**
Healthy Environments and Consumer Safety						
(Planned spending)		202.6				202.6
(Total authorities)		*210.5*				*210.5*
(Actual Spending)		**210.5**				**210.5**
Pest Management Regulatory Agency						
(Planned spending)		30.1				30.1
(Total authorities)		*31.7*				*31.7*
(Actual Spending)		**31.7**				**31.7**
First Nations and Inuit Health						
(Planned spending)			1,313.0			1,313.0
(Total authorities)			*1,465.4*			*1,465.4*
(Actual Spending)			**1,465.4**			**1,465.4**
Information, Analysis and Connectivity						
(Planned spending)				179.5		179.5
(Total authorities)				*111.1*		*111.1*
(Actual Spending)				**111.1**		**111.1**
Corporate Services						
(Planned spending)					76.5	76.5
(Total authorities)					*114.5*	*114.5*
(Actual Spending)					**98.7**	**98.7**
Departmental Executive						
(Planned spending)					94.1	94.1
(Total authorities)					*107.9*	*107.9*
(Actual Spending)					**107.4**	**107.4**
Total						
(Planned spending)	227.4	765.2	1,313.0	179.5	170.6	2,655.7
(Total authorities)	*133.1*	*806.8*	*1,465.4*	*111.1*	*222.4*	*2,738.8*
(Actual Spending)	**133.1**	**802.2**	**1,465.4**	**111.1**	**206.1**	**2,717.9**
% of Total	**4.9%**	**29.5%**	**53.9%**	**4.1%**	**7.6%**	**100.0%**

Note: Numbers in italics denote Total Authorities for 2002-2003 (Main and Supplementary Estimates and other authorities).
Bolded numbers denote actual spending in 2002-2003

Financial Table 8: Contingent Liabilities

The Department is involved in individual and class action suits against the Government, mainly involving allegations of negligence relating to the regulation of medical devices, blood and drug products. Because of the early stage of the litigation in these cases, and the complexity of the issues, it is not possible to provide a reasoned assessment of contingent liability at this time.

Section VI:

Other Information

Contact Us

Regional Offices

Atlantic

Maritime Centre, Suite 1918
1505 Barrington Street
Halifax, Nova Scotia B3J 3Y6
Telephone: (902) 426-9564
Facsimile: (902) 426-6659

Quebec

Complexe Guy Favreau, East Tower
Suite 202
200 René Lévesque Blvd. West
Montreal, Quebec H2Z 1X4
Telephone: (514) 283-5186
Facsimile: (514) 283-1364

Ontario and Nunavut

4th Floor, 25 St. Clair Avenue East
Toronto, Ontario M4T 1M2
Telephone: (416) 954-3593
Facsimile: (416) 954-3599

Manitoba and Saskatchewan

391 York Avenue
Suite 300
Winnipeg, Manitoba R3C 4W1
Telephone: (204) 983-4764
Facsimile: (204) 983-5325

Alberta and Northwest Territories

Canada Place, Room 710
9700 Jasper Avenue
Edmonton, Alberta T5J 4C3
Telephone: (780) 495-5172
Facsimile: (780) 495-5551

British Columbia and Yukon

Sinclair Centre, Federal Tower
757 West Hastings St., Room 235
Vancouver, British Columbia V6C 3E6
Telephone: (604) 666-2083
Facsimile: (604) 666-2258

Headquarters

Telephone: (613) 957-2991
Facsimile: (613) 941-5366

Internet: http://www.hc-sc.gc.ca
or write to:
Health Canada
0900C2 Podium Level,
Brooke Claxton Building
Ottawa, Ontario, CANADA
K1A 0K9

References

Selected Health Canada Publications

A Statistical Profile on the Health of First Nations in Canada

Best Practices: Concurrent Mental Health and Substance Use Disorders

Best Practices: Fetal Alcohol Syndrome/Fetal Alcohol Effects and the Effects of Other Substance Use During Pregnancy

Best Practices: Treatment and Rehabilitation for Women with Substance Use Problems

Best Practices: Treatment and Rehabilitation for Youth with Substance Use Problems

Canada's Physical Activity Guide for Healthy Active Living for Older Adults

Canadian Guidelines for Body Weight Classification in Adults

Child Health Record

Danger: Coming to a Lung near You

Healthy Development of Children and Youth: The Role of the Determinants of Health

It Helps to Talk: How to Get the Most from a Visit to your Doctor. Patient's Guide

It Helps to Talk: the 5-minute Guide to Better Communication. Doctor's Guide

Perspectives on Complementary and Alternative Health Care

Profile: Substance Abuse Treatment and Rehabilitation in Canada

Quit 4 Life

Trends in the Health of Canadian Youth

West Nile Virus

Why All Women Who Could Become Pregnant Should be Taking Folic Acid

Documents can be ordered from:

Publications
Health Canada
Ottawa, Ontario
K1A 0K9

Telephone: (613) 954-5995

Facsimile: (613) 941-5366

Telecommunication Device for the Deaf: 1-800-267-1245

Section VII:

Measuring Health in Canada – more results relating to the Health Status of Canadians

The health of a population is determined by many factors, and is only partly the result of government actions. Nevertheless, information on government programs affecting health can be better interpreted when placed in the context of the overall health status of Canadians. Departmental activities have been identified to help in understanding the relationship between work undertaken by Health Canada and underlying factors affecting the health of Canadians. An attempt has been made to begin to incorporate indicators identified in Health Canada's new Performance Management Framework.

Measuring Health in Canada provides some context, including information on the health status of Canadians, child health, First Nations and Inuit health, health determinants and behaviours, and health system resources. International comparisons on several key measures of health are also provided for additional context. Where possible, a standard subset of nations was used for all international comparisons; however, data restrictions limit this for some indicators.

Every effort has been made to use known, reliable data sources throughout this Section. All data sources we have used have been fully documented.

Measuring Health in Canada provides information on:

Cross-Cutting Health Indicators

Life Expectancy at Birth by Sex, Canada, 1979-2000 ... 124

Population with Good or Better Self-Rated Health, by Sex, 1994/95-2000/01 ... 124

A Strong and Sustainable Health Care System

Life Expectancy at Birth by Sex, International Comparisons, 2000 ... 125

Infant Mortality Rates, International Comparisons, 2000 ... 125

Age-Standardized Mortality for Selected Causes, International Comparisons, 2000 ... 126

Self-Reported Health Status, International Comparisons, 2001 ... 126

A Healthier Population by Promoting Health and Preventing Illness

Age-Standardized Prevalence of Self-Reported Chronic Conditions, Canada, Age 15+, 1994/95-2000/01 ... 127

Age-Standardized Mortality, Selected Causes, Canada, 1950-1999 ... 127

Potential Years of Life Lost, Selected Causes of Death, Canada, 1979-1999 ... 128

Incidence of Selected Vaccine-Preventable Diseases, Canada, 1987-2000 ... 128

Physical Activity in Canada, by Sex, 1994-2000 ... 129

Prevalence of Asthma in Children, 1994/95-2000/01 ... 129

Prevalence of Volunteering for a Health-Related Organization, by Age, 1997 and 2000 ... 130

Safe Health Products and Food

Prevalence of Obesity Levels in Canada, 1994/95-2000/01 ... 130

Incidence of Food-Borne and Water-Borne Illness, Canada, 1987-2000 ... 131

Drug Adverse Reaction Reports Received, Canada, 1999-2002 ... 131

Healthier Environments and Safer Products for Canadians

Smoking Prevalence in Canada, 1999-2002 132

Prevalence of Second-Hand Smoke in Canadian Households, 1999-2002 132

Prevalence of Daily Smoking, Age 15+, International Comparisons, 2001 133

Healthier First Nations and Inuit through Collaborative Delivery of Health Promotion, Disease Prevention, and Health Care Services

Life Expectancy at Birth, First Nations and Canada, 1980-2000 133

Low and High Birth Weights as a Percentage of Total Live Births, First Nations and Canada 134

Enteric, Food and Water-Borne Disease Incidence Rates, First Nations and Canada, 1999 134

Comparison of Coverage for Routine Immunizations among 2-Year-Olds in First Nations, On-Reserve (1999) and Overall Canadian (1998) Populations ... 135

Improved Evidence-Base and Increased Use of Information and Communication Technologies to Support Health Decision-Making

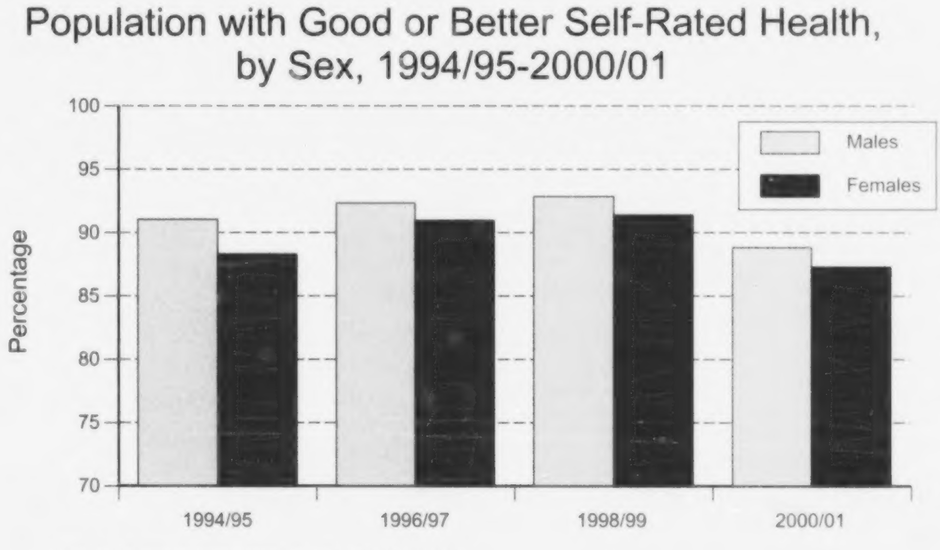
Home Internet Use to Search for Medical or Health Information, by Age, 1998-2000 136

Hits on Websites for Health Information Data, 2002-2003 136

Cross-Cutting Health Indicators

Source: Statistics Canada, Canadian Vital Statistics, Birth and Death Databases, and Demography Division (population estimates)

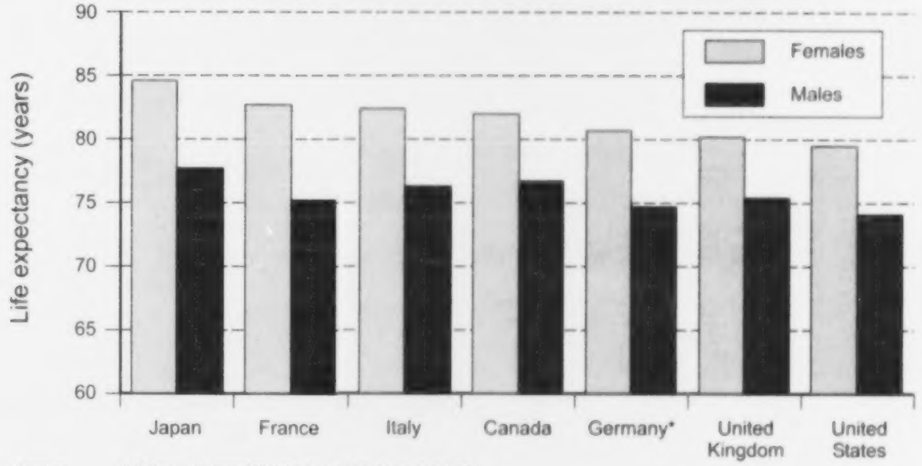
- Life expectancy at birth in Canada has increased steadily over the 20th century, even in recent decades.
- In 2000, life expectancy was 82.0 years for women and 76.7 years for men.
- While women in general live longer than men, the gap between the sexes has decreased from 6.3 years in 1990 to 5.3 years in 2000.
- A challenge will be to ensure that these increases in longevity are experienced in good health.



Source: National Population Health Survey, 1994/95-1998/99; Canadian Community Health Survey, 2000/01

In 2000/01, approximately 88% of Canadians rated their health as good, very good or excellent. However, the number of Canadians who reported their health as fair or poor increased slightly between 1994/95 and 2000/01.

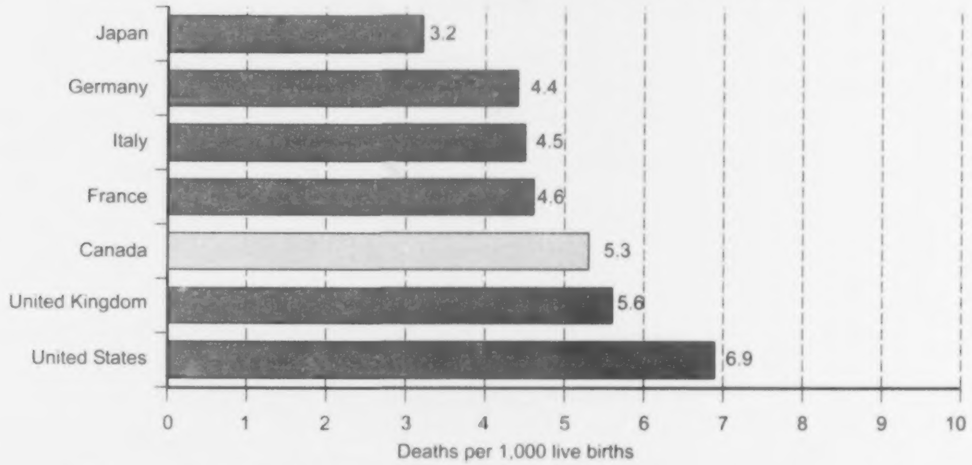
Life Expectancy at Birth by Sex, International Comparisons, 2000



Source: OECD Health Data 2003 (*data for Germany from 1999)

Life expectancy of Canadians is comparable to other G7 countries, ranking fourth for females and second for males. Life expectancy among G7 countries ranges, for both men and women, from a low in the United States (males 74.1 and females 79.5) to a high in Japan (males 77.7 and females 84.6).

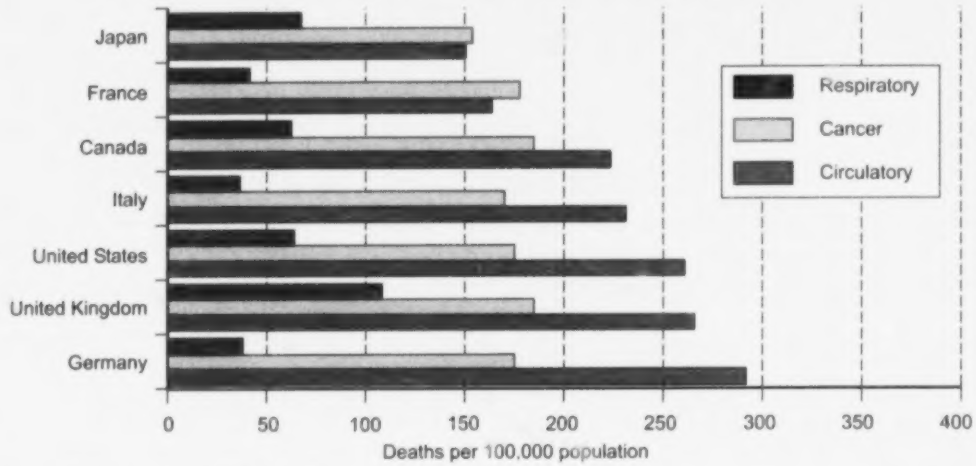
Infant Mortality Rates, International Comparisons, 2000



Source: OECD Health Data 2003

Canada's infant mortality rate does not differ substantially from other G7 countries, at 5.3 deaths per 1,000 live births. Japan had the lowest infant mortality rate among G7 countries in 2000 at 3.2 per 1,000 live births.

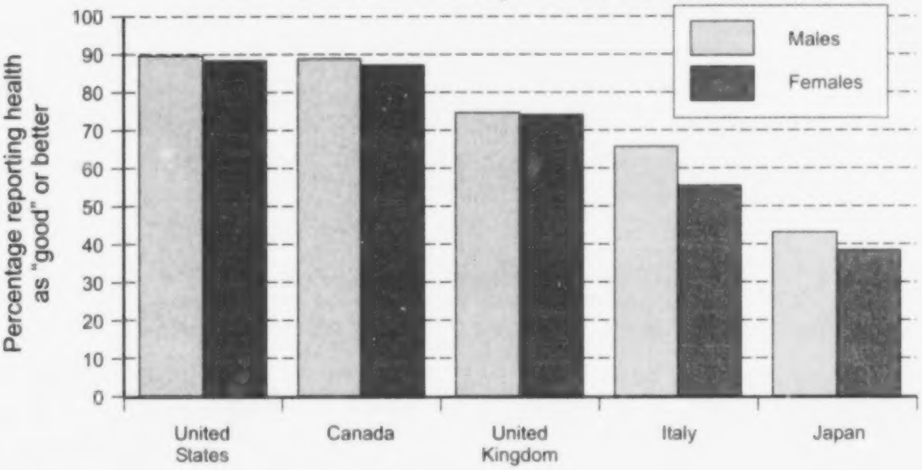
Age-Standardized Mortality for Selected Causes, International Comparisons, 2000



Source: OECD Health Data 2002

Age-standardized mortality rates in Canada for cancer and respiratory and circulatory diseases are comparable to other G7 countries. Differences between mortality rates for circulatory disease are noticeably larger than for the rates for cancer and respiratory disease.

Self-Reported Health Status, International Comparisons, 2001

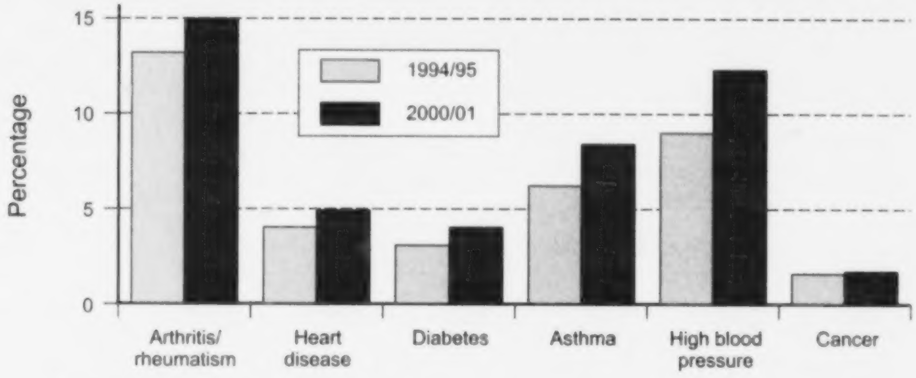


Source: OECD Health Data 2003 (data for Germany and France unavailable)

Self-reported health status of Canadians is virtually the same as that of Americans. The two countries have significantly higher rates of self-perceived good health than other G7 countries.

A Healthier Population by Promoting Health and Preventing Illness

Age-Standardized Prevalence of Self-Reported Chronic Conditions, Canada, Age 15+, 1994/95 and 2000/01

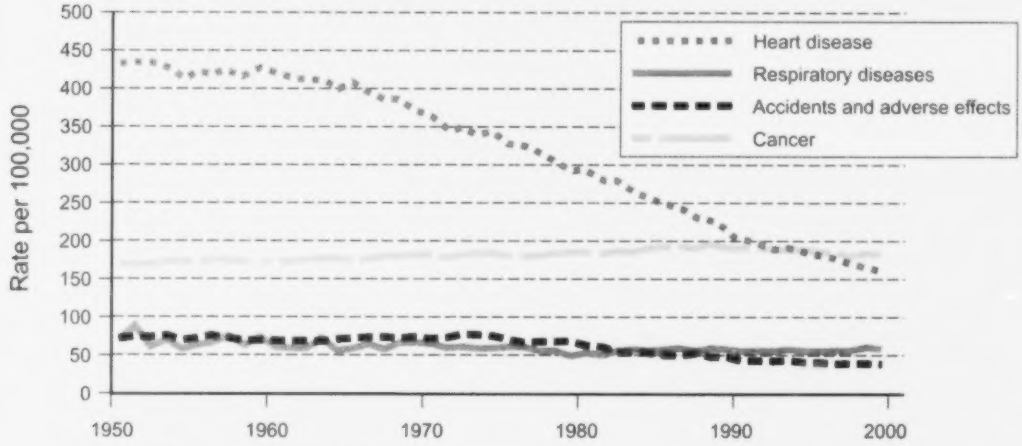


Source: National Population Health Survey 1994/95; Canadian Community Health Survey 2000/01

The proportion of Canadians who report a chronic condition diagnosed by a health professional has increased for all major chronic conditions since 1994/95. Health Canada is currently engaged in several activities in the area of disease prevention, such as the Canadian Diabetes Strategy.

Note: Question asked was whether respondent had a condition which had lasted or would last six months, diagnosed by a health professional. Data has been standardized to the 1991 Canadian population.

Age-Standardized Mortality, Selected Causes, Canada, 1950-1999

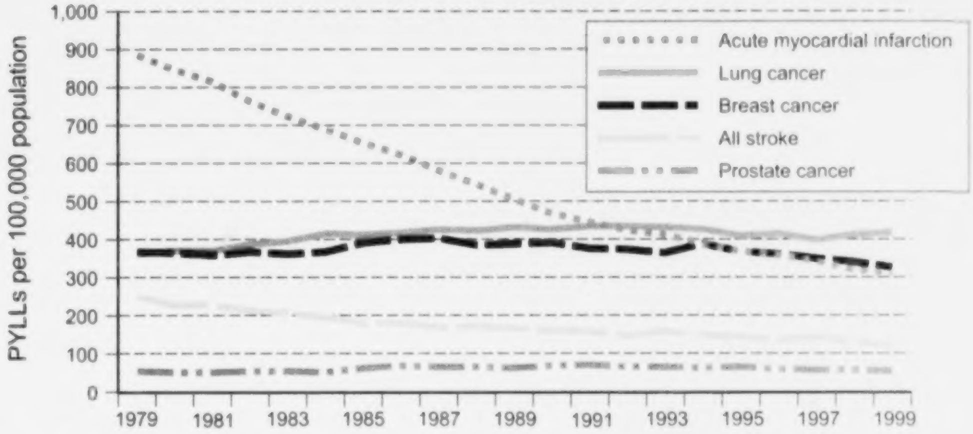


Source: Statistics Canada, Deaths database

Age-standardized mortality from heart disease has declined significantly over the past 50 years. Mortality due to cancer has increased slightly, while mortality due to accidents and adverse effects has demonstrated a modest decline. Mortality due to respiratory diseases has remained relatively stable.

Note: Data is standardized to the 1991 Canadian population.

Potential Years of Life Lost, Selected Causes of Death, Canada, 1979-1999

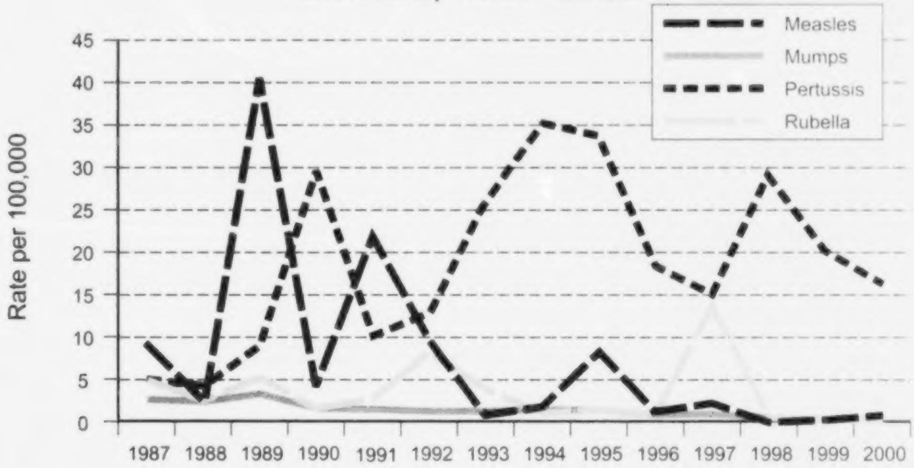


Source: Statistics Canada. Health Indicators 2002

Potential years of life lost (PYLL) can show changes in life expectancy and health status. PYLLs resulting from acute myocardial infarction (heart attack) have decreased steadily in the past two decades. Lung cancer has become the leading cause of potential years of life lost among Canadians, followed by female breast cancer. These data support the work of Health Canada on cancer prevention and control, through the Canadian Cancer Surveillance Alliance.

Note: Potential years of life lost (PYLL) is the number of years of life "lost" when a person dies "prematurely" from any cause before age 75. Breast cancer data are for females only; prostate cancer data are for males only.

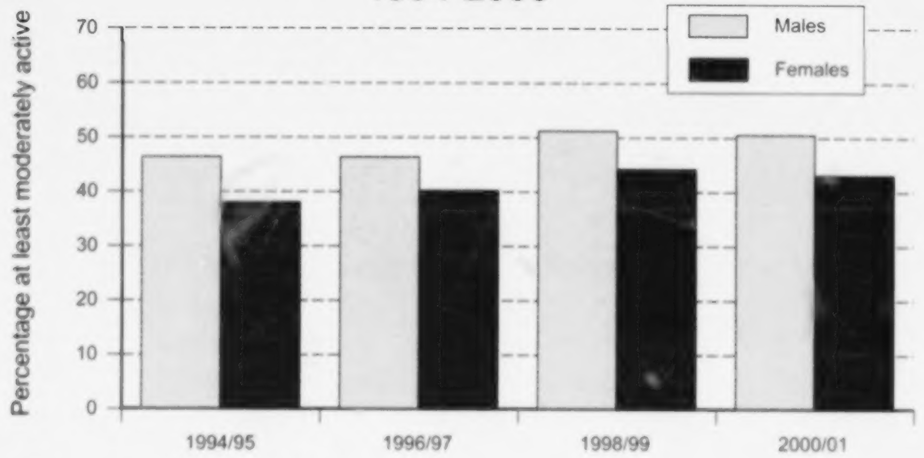
Incidence of Selected Vaccine-Preventable Diseases, Canada, 1987-2000



Source: Population and Public Health Branch, Health Canada

The incidence of measles, mumps and rubella, while quite variable from year to year, has also diminished since 1987. However, the incidence of pertussis (whooping cough) has increased over this time period. Health Canada's surveillance work on infectious diseases helps monitor our progress towards meeting the goal of reducing the incidence of these diseases.

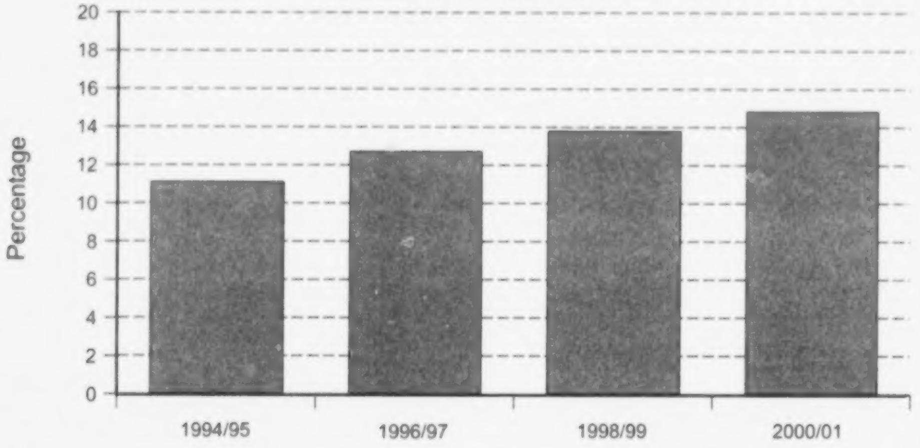
Physical Activity in Canada, by Sex, 1994-2000



Source: National Population Health Survey, 1994/95-1998/99; Canadian Community Health Survey, 2000/01

The number of Canadians who are at least moderately active has risen for both sexes between 1994/95 and 2000/01. By continuing emphasis on fitness and active living, Health Canada is working to encourage this upward trend. Regular physical activity is an important contributor to good health, reducing the risk of chronic disease, disability and premature death.

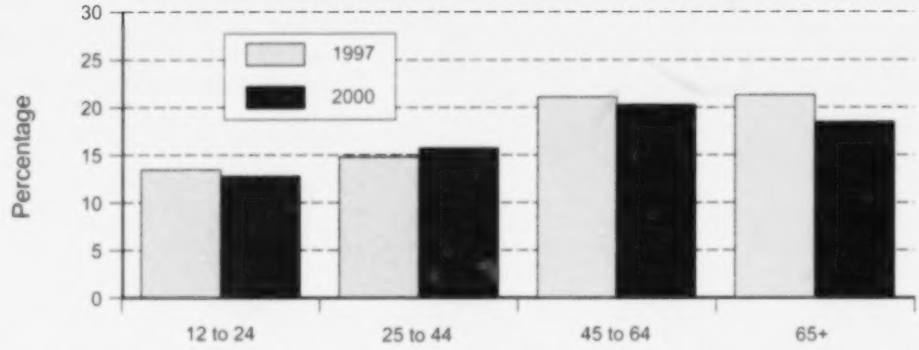
Prevalence of Asthma in Children, 1994/95-2000/01



Source: National Longitudinal Survey of Children and Youth, 1994/95-2000/01

Prevalence of asthma among Canadian children has been steadily increasing since 1994/95. Asthmatic children are more susceptible to negative changes in air quality. Health Canada is working in the areas of surveillance, research, and policy development to target asthma through the Chronic Respiratory Diseases Program.

Prevalence of Volunteering for a Health-Related Organization by Age, 1997 and 2000

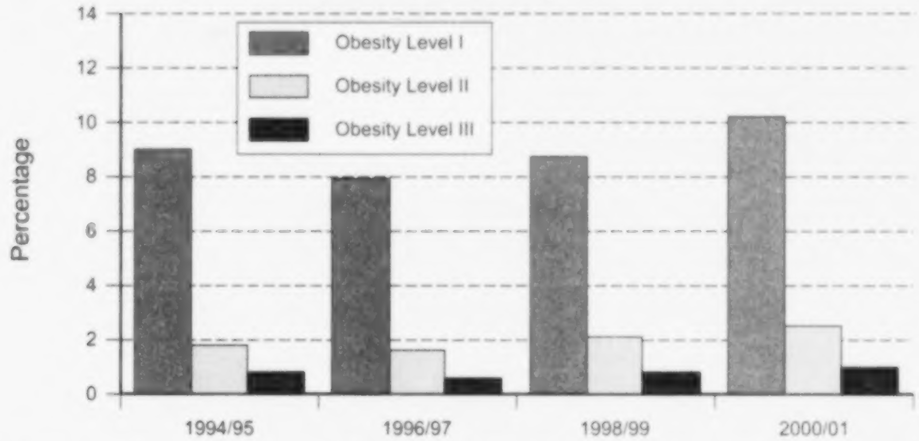


Source: National Survey of Giving, Volunteering and Participating, 1997 & 2000

The number of formal volunteers who volunteer for a health-related organization lowered slightly from 1997 to 2000. Volunteering for health-related organizations is higher among older age groups. Voluntary organizations provide a wide range of support and preventive services, fund and conduct health research and provide programs and services to the people of Canada. Volunteering has been linked to improved life satisfaction and lower mortality rates, especially among older adults.

Safe Health Products and Food

Prevalence of Obesity Levels in Canada, 1994/95-2000/01

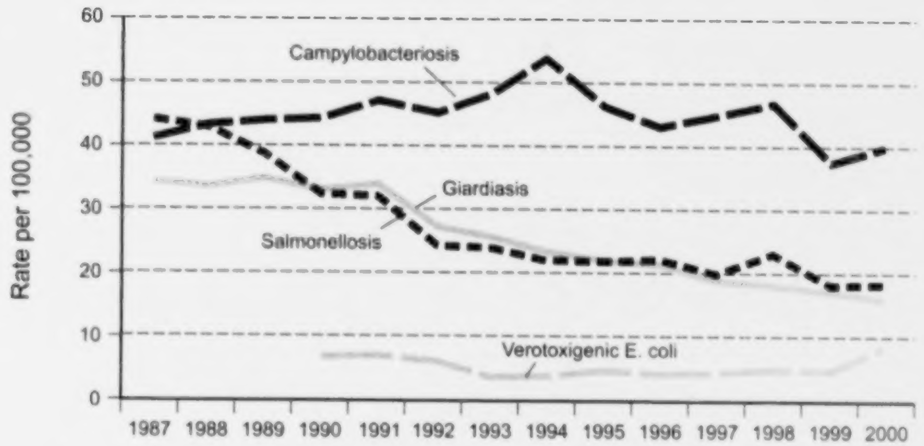


Source: National Population Health Survey, Health Share Files, 1994/95-1998/99; Canadian Community Health Survey, Share File, 2000/01

Since 1994/95, the prevalence of each obesity level has been increasing. Efforts aimed at promoting healthy eating, such as *Canada's Food Guide*, and physical activity, such as the Vitality program, are targeted toward combating obesity in Canada.

Note: This chart uses the new Health Canada guidelines on obesity, as defined by Body Mass Index (BMI), which is weight (in kg) divided by height (in m) squared. Obesity Level I classifies people with a Body Mass Index (BMI) between 30 and 34.9. Obesity Level II classifies people with a BMI between 35 and 39.9. Obesity Level III classifies people with a BMI of 40 or more.

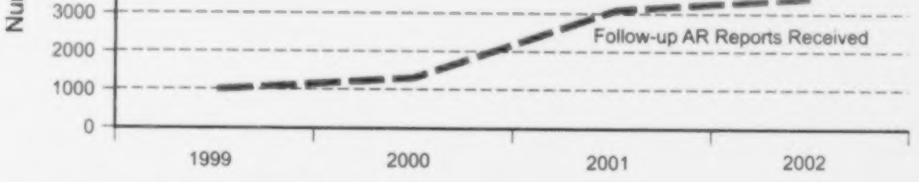
Incidence of Food-Borne and Water-Borne Illness, Canada, 1987-2000



Source: Population and Public Health Branch, Health Canada

Reported incidence of camplyobacteriosis, giardiasis and salmonellosis, all food-borne and water-borne illnesses, has diminished since 1987. Incidence of *E. coli* has increased in that time period, possibly due to the 2000 situation at Walkerton, Ontario. Health Canada has made evaluations and consulted with consumers to develop practices which could further reduce the incidence of food-borne and water-borne illnesses.

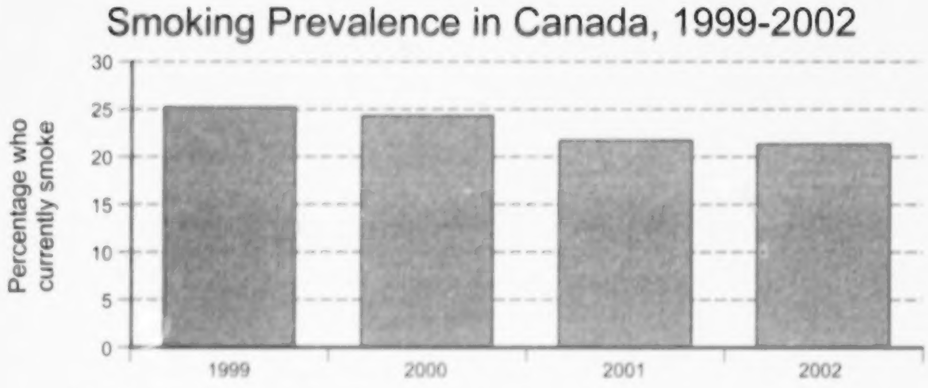
Drug Adverse Reaction Reports Received, Canada, 1999-2002



Source: Health Products and Food Branch, 1999-2002

There has been a steady increase in reported adverse reactions in Canada since 1999. This may be attributed to increased awareness among consumers and health professionals. Health Canada is working to enhance post-market surveillance and assessments on all health products.

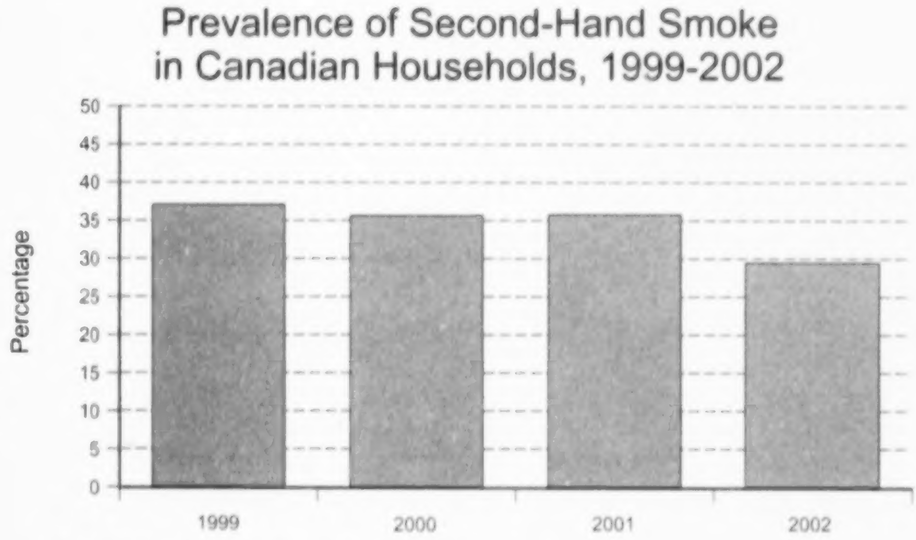
Healthier Environments and Safer Products for Canadians



Source: Canadian Tobacco Use Monitoring Survey, 1999-2002

The proportion of Canadians who currently smoke has declined over the past four years, from 25% in 1999, to 21.5% in 2002. Health Canada has made an ongoing commitment to reduce smoking among Canadians through the 2001 Federal Tobacco Control Strategy.

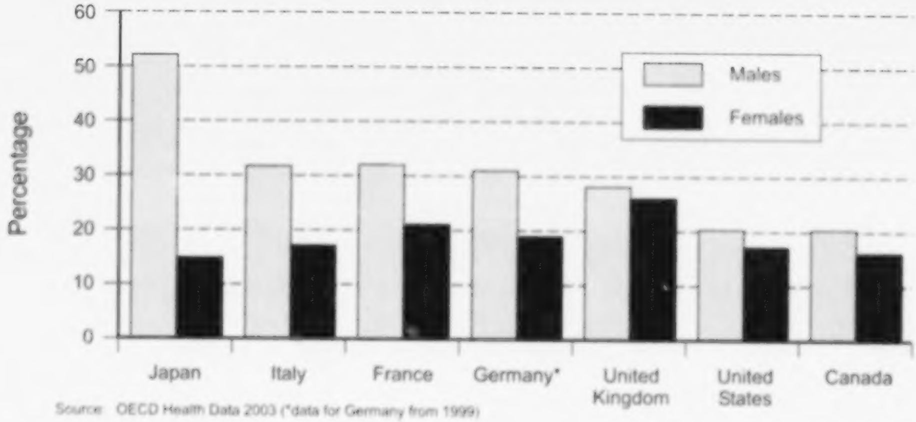
Note: A current smoker is someone who classified themselves as smoking either "daily" or "occasionally".



Source: Canadian Tobacco Use Monitoring Survey, 1999-2002

Since 1999, the percentage of Canadian households containing a smoker has diminished. In 2002-2003, Health Canada implemented a Second-Hand Smoke campaign to raise awareness of the dangers of environmental tobacco smoke.

Prevalence of Daily Smoking, Age 15+ International Comparisons, 2001

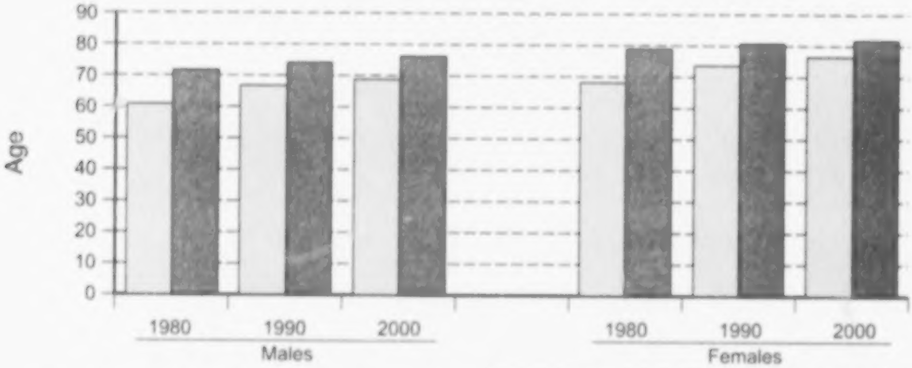


Source: OECD Health Data 2003 (*data for Germany from 1999)

Canada's smoking rates for both sexes are among the lowest for all G7 countries. Canada is among the signatories to the 2003 World Health Organization's Framework Convention on Tobacco Control (FCTC), the first ever global public health treaty. Ratification of the FCTC will lead to the adoption of common measures to fight illicit trade, for protection from exposure to tobacco smoke and cooperation on research, surveillance and exchange of information.

Healthier First Nations and Inuit through Collaborative Delivery of Health Promotion, Disease Prevention, and Health Care Services

Life Expectancy at Birth, First Nations and Canada, 1980-2000

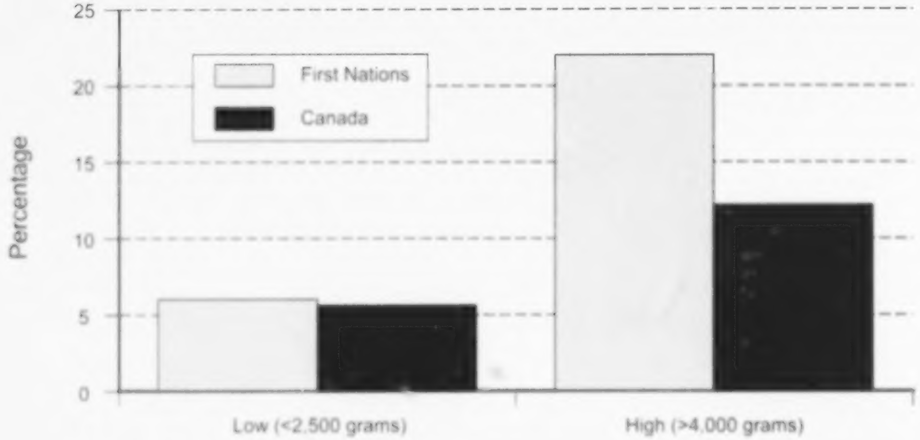


Source: Indian and Northern Affairs Canada. 2001. Basic Departmental Data 2001. Ottawa: Minister of Indian Affairs and Northern Development. Catalogue no: R12-7/2000E

First Nations | Canada

Life expectancy for the First Nations population has been steadily increasing over the last two decades. Gains during this time frame have been enough to narrow the gap with the general population by approximately half. Health Canada is working to continue to address health inequalities among First Nations and Inuit communities by providing access to health care programs and services, and by focusing on prevention of illness and promotion of good health.

Low and High Birth Weights as a Percentage of Total Live Births, First Nations and Canada

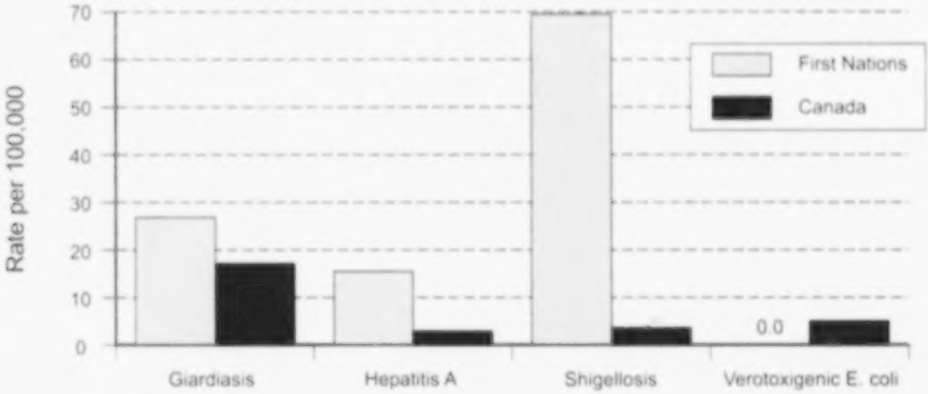


Source: Health Canada, First Nations and Inuit Health Branch.
Health Canada. Canadian Perinatal Health Report 2000. Ottawa:
Minister of Public Works and Government Services Canada, 2000

The percentage of high birth weights is noticeably higher among First Nations. While the percentage of low birth weights is comparable for First Nations and the rest of Canada, this remains an area of concern. These imbalances are being addressed through the implementation of Canada Prenatal Nutrition Program work plans in First Nations communities.

Note: First Nations data are for 1999; Canada data are for 1992 to 1996.

Enteric, Food and Water-Borne Disease Incidence Rates, First Nations[1] and Canada, 1999

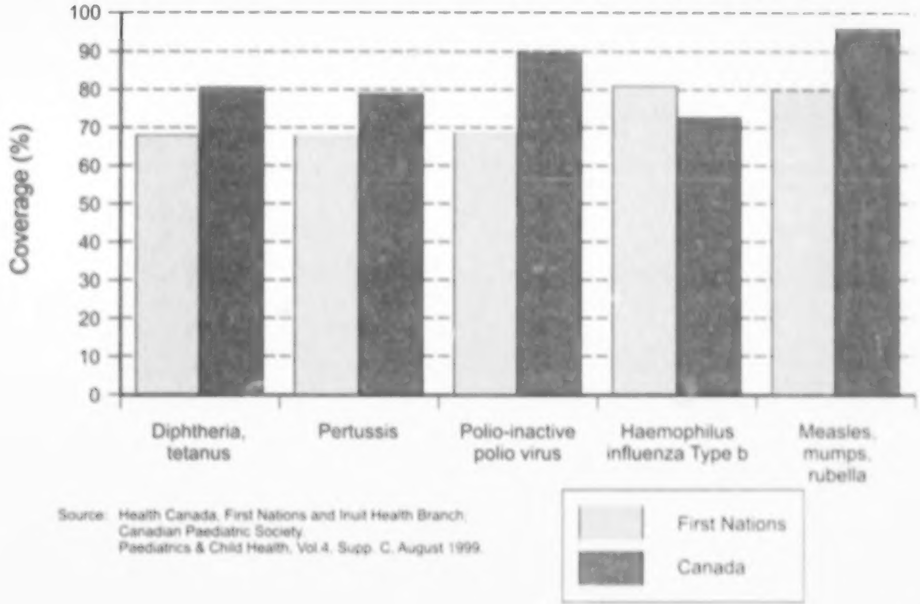


Source: Health Canada. First Nations and Inuit Health Branch.
Health Canada. Notifiable Diseases Annual Summary.
Canada Communicable Disease Report, vol. 27S6

The incidence of giardiasis, hepatitis A and shigellosis, all diseases which can be contracted through contaminated food or water, is much higher in the First Nations population than in the rest of Canada. This is indicative of problems in both the quantity and quality of water available in most isolated First Nations and Inuit communities, as water shortages also contribute to such incidence as a result of poorer hygiene. This trend illustrates the importance of the development of national drinking water protocols and food safety programs in First Nations communities.

[1] Notifiable disease data were not available from 47 of the 144 communities in Ontario, and 29 of the 41 communities in Quebec. Data for the overall Canadian population are from Health Canada, 2001.

Comparison of Coverage for Routine Immunizations among 2-Year-Olds in First Nations, On-Reserve (1999) and Overall Canadian (1998) Populations

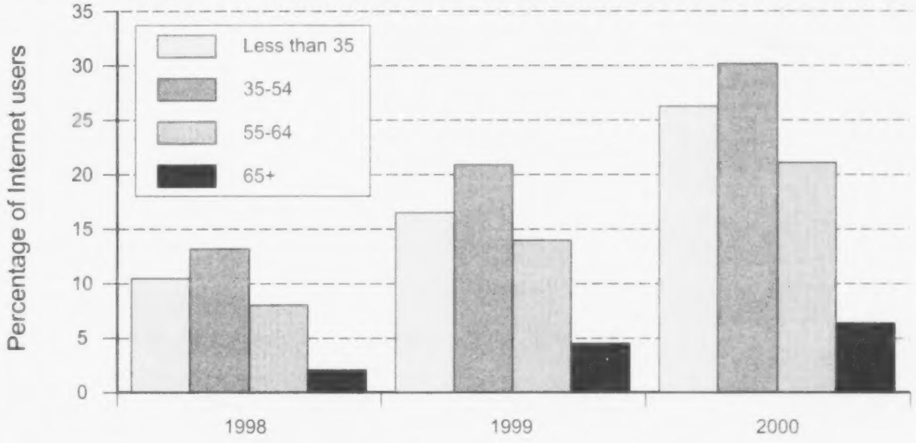


Source: Health Canada, First Nations and Inuit Health Branch;
Canadian Paediatric Society,
Paediatrics & Child Health, Vol 4, Supp. C, August 1999.

Although immunization coverage is slightly lower among First Nations children as compared to the rest of Canada, a large majority are immunized against these vaccine-preventable diseases. Health Canada is working to help close this gap through immunization programs in First Nations and Inuit communities.

Improved Evidence-Base and Increased Use of Information and Communication Technologies to Support Health Decision-Making

Home Internet Use to Search for Medical or Health Information, by Age, 1998-2000



Source: Household Internet Use Survey, 1998-2000

There has been a dramatic increase in Canadians' use of the Internet to find health information, as new services, such as telehealth, come on-line. Health Canada is investing in the Canadian Health Network to increase access to timely information on health promotion and disease prevention.

Hits on Websites for Health Information Data 2002/03

Health Information Website	Number of Hits
Health Canada**	20 million
Canadian Health Network sites**	11.6 million
Canadian Institute for Health Information**	10 million
Canada Health Portal	2.3 million*
Statistics Canada - Health Indicators	1 million
Statistics Canada - Health Tables	0.4 million

Source: Office of Health and the Information Highway, Health Canada;
Canadian Institute for Health Information;
Statistics Canada

There has been a substantial amount of traffic on health information-related websites in the past year, indicating a significant demand for health information by Canadians. Health Canada remains committed to working with its partners, including Statistics Canada and the Canadian Institute for Health Information, to improve the quality of health data and information which is available in Canada.

* Data is for 9 months, between July 2002 and March 2003.

** Data refers to page views.

Section VIII:

Executive Summary: Response to the Public Accounts Committee Tenth Report on the Auditor General's Report, October 2000

First Nations Health: Follow-Up

Introduction

The Public Accounts Committee (PAC), as a follow-up to the 2000 Auditor General's report, tabled recommendations in December 2001 requiring Health Canada to implement and report on improvements to its accountability and management activities. Health Canada agrees with the Standing Committee and the Auditor General that health programs for First Nations and Inuit must be well managed and accountable. This document highlights some of the progress made by the Department since the release of the PAC/OAG report.

Several important milestones were reached in 2002-2003: new program accountability frameworks were developed; an Intervention Policy and Handbook were prepared to assist communities in managing exceptional or problem situations; comprehensive standard agreements were implemented and monitored; a single contracts and contributions management system was implemented that enhanced reporting; a capacity strategy and action plan were developed to enhance capacity building in First Nations communities; a multi-year evaluation plan was drawn up to support better coordination of evaluation activities.

Recommendations and follow-up actions

Reporting to Parliament on progress

The major recommendation under this theme is that Health Canada inform Parliament of the progress it is making in implementing the recommendations contained in chapter 13 of the 1997 Report and chapter 15 of the 2000 Report of the Auditor General of Canada and in the Committee's 5th Report (36th Parliament, 1st Session). This information must make specific reference to progress in implementing each recommendation and be provided annually in Health Canada's Performance Reports, beginning

with the report for the period ending March 31, 2002.

Key Actions Taken

To respond to this Recommendation as well as Recommendations 5, 9, 11, 16, 19, 23 and 24, Health Canada is reporting with an electronic link to the 2002-2003 Departmental Performance Report and subsequent reports until 2005. The ongoing need for this special reporting requirement will be reassessed with the Auditor General after the next audit on First Nations and Inuit Health programs.

Community Health Programs (CHP) Accountability

Greater focus is being placed by the Department on providing accountable and sustainable programs and services for First Nations and Inuit. Health Canada implemented measures to better manage internally and externally to deliver the best possible service to First Nations and Inuit communities.

Key Actions Taken

To respond to the accountability recommendations Health Canada implemented several actions. To address the need for risk based monitoring on accountability documents, the Management Contract and Contribution System (MCCS) was developed and implemented.

A draft comprehensive Reporting Handbook with financial and audit reporting guidelines was developed for programs.

- The draft is being reviewed by regional staff and will be produced incorporating their feedback.
- A review of reporting requirements for funding agreements was initiated to rationalize and streamline the reporting demands on FNI communities. Once complete, the program reporting guidelines will be amended.
- A Quality Assurance Review of reporting practices was conducted.

An Intervention Policy was developed to address problem situations under health funding arrangements. A handbook to assist in implementing the policy was approved and distributed.

- Communications and training on the Intervention Policy is expected to be completed by the fall of 2003.
- A review of the Intervention Policy will be conducted by April 2005.

Supporting Capacity Development

Health Canada shares the Public Accounts Committee's belief that capacity development is a priority. It is recognized that a participatory approach better contributes to community capacity development. The Transfer Policy (1988) and the Integrated Community-Based Health Services Approach (1999) provides an avenue for Health Canada to engage First Nations and Inuit in arrangements that permit various levels of control ranging from general and integrated contribution agreements to transfer contribution agreements.

Key Actions Taken

Health Canada developed pilot Health Plan demonstration sites that will improve capacity to manage health programs and services; improve capacity to identify

community health needs and resources; improve management coordination, integrated health programs and services; improve financial and human resources allocation processes; and improve/enhance programs and services management information and reporting.

There are eight demonstration projects under way. Among them, three communities have completed the first nine month phase which lays the foundation for the First Nations management structure and assessment of health needs. These communities moved into the second six month phase which focused on the establishment of objectives to meet the identified community health needs and the selection of programs to best support them. Two other communities will soon be ready to move into phase two.

In addition, a capacity strategy and action plan was developed, which describes ongoing activities to ensure capacity building in First Nations and Inuit (FNI) communities. As part of the capacity action plan, existing strengths and capacity needs with respect to management and administration of funding agreements between Health Canada and FNI communities were identified. Also included in the assessment, is an analysis of capacity with respect to reporting, data collection, interpretation and analysis related to agreement management. A draft Capacity Review was completed and is being analyzed.

Measuring performances, outcomes achievement, and managing information

Health Canada is committed to effective management of its programs by making important decisions with relevant data. Collecting good performance information is a priority of the Department.

Key Actions Taken

Health Canada worked with Statistics Canada and the National Aboriginal Health Organization (NAHO) to support the First Nations Regional Longitudinal Survey. Health Canada participated in the development of the data sharing agreement to provide health information about on-reserve populations. By the end of 2002-2003, 50 percent of the health data was collected.

To support evidence-based decision-making, Health Canada completed program evaluations for the Canada Prenatal Nutrition Program and Aboriginal Head Start for First Nations On-Reserve. The final reports are expected by March 2004. The evaluation function was strengthened by the development of an Evaluation Policy and a Multi-Year Evaluation Plan to improve program planning and decision-making. The Canadian Strategy on HIV/AIDS for First Nations On-Reserve will be completed by August 2003.

Non-Insured Health Benefits (NIHB) Program control and prevention measures

The Public Accounts Committee recommended that Health Canada enhance the quality of the management of services provided to First Nations and Inuit. Steps have been taken to improve in this area.

Key Actions Taken

The PAC recommended that Health Canada immediately upgrade the Point-of-Sale system for pharmacies under the

NIHB Program so that the system provides the dates, quantities, and drugs prescribed for a client's last three prescriptions and information on doctors visited. Health Canada, working with partners, enhanced the Point-of-Sale system or Pharmacy Electronic Communication Standard (PECS) and providers have utilized the most current version of the system. The enhanced system standard streamlines claims administration, facilitates efficient coordination of benefits, improves access to patient medication history (including Drug Utilization Review data) and provides interactive communication with other health professionals.

Health Canada will continue to conduct regular analysis of pharmacists' overrides of warnings, conduct audits on providers and continue generating quarterly reports on the number of Drug Utilization Review (DUR) claims submitted, accepted and rejected. From 1999 to the end of 2002-2003, 600 pharmacy/dental/medical supplies and equipment audits were completed. A report will be generated on the pharmacist overrides once the data is finalized.

The PAC/OAG recommended that Health Canada seek consent to share information on client use of pharmaceuticals with health care professionals. In September 2002, the NIHB Program implemented the national rollout of the consent initiative and was engaged in communication and community outreach activities at the national, regional and community levels. An extensive communications strategy and materials were prepared to outline the purpose of consent, the options for giving consent and how the information will be used, collected and disclosed. The consent requirement is anticipated to be in place by the fall of 2003. If recipients do not sign the consent form, they will have to pay for the benefit and may complete a reimbursement form which includes consent for the processing of that specific benefit. DUR activities will resume in September 2003. A report on DUR activities will be provided beginning with the 2003-2004 DPR electronic Annex C.

The Department is committed to implementing greater measures to improve our management of First Nations and Inuit programs and services. We will continue to report on actions taken on the Public Accounts Committee and Auditor General recommendations in the annual Departmental Performance Report. Our detailed follow-up actions in response to PAC can be found in the electronic Annex C of the DPR: http://hc-sc.gc.ca/english/care/estimates/index.htm.

Vacancies in regulatory and surveillance programs

Introduction

The Public Accounts Committee (PAC) as a follow-up to the 2000 Auditor General's report, tabled recommendations requiring Health Canada to fill outstanding vacancies in its regulatory and surveillance programs for related biologics and to report progress on these initiatives.

Recommendation 26.41 states that "Health Canada should take measures to ensure authorized positions are staffed." This recommendation is in the context of funding received to strengthen the regulatory side of Health Canada's Blood Safety Program and is tied to recommendations by the Public Accounts Committee in their Seventeenth Report, as follows.

Recommendation 11

That Health Canada undertake all the necessary measures to fill outstanding vacancies in its regulatory and surveillance programs for related biologics and report the progress of these initiatives in its annual Performance Report to Parliament for the period ending March 31, 2003.

Recommendation 12

That Health Canada include in its annual Performance Report a section containing the number of technical and scientific vacancies in its regulatory and surveillance programs at each year end with the length of time each position has been vacant.

Actions and current status

Several organizational changes have taken place over the past three years in an effort to strengthen both the regulation and surveillance of biological products within the Health Products and Food Branch (HPFB).

Throughout the past year, the recently created Directorates stemming from these organizational changes (Biologics and Genetic Therapies Directorate (BGTD), Marketed Health Products Directorate (MHPD), and Inspectorate) have concentrated their efforts on their reorganization, growth and staffing of vacancies in their respective regulatory and surveillance programs for related biologics.

HPFB has successfully undertaken several measures to fill these vacancies.

The Human Resources Initiative, jointly led by the BGTD, MHPD and HPFB Inspectorate, was concluded during this reporting period. Its objective was to accelerate internal staffing of positions and recruitment of highly qualified staff needed to fill numerous vacancies in a timely fashion, to be able to effectively deliver programs.

Much effort was invested in several important generic competitions which were held jointly amongst the Directorates in question. These large internal and external competitions served to qualify approximately 30 Biomedical Evaluators and 40 Medical Officers. During this period, 11

Biomedical Evaluators and 12 Medical Officers were recruited and appointed. Most of the remaining qualified candidates are available to staff future vacancies.

Other internal and external competitions were launched to address the vacancies, which resulted in the appointment of over 25 qualified staff.

Where it was considered to be in the best interests of the Public Service, some internal and external appointments were made without competition. For positions deemed as shortage areas, some 15 qualified candidates were recruited from job fairs, Health Canada's Science and Technology inventory and other sources. Approximately 10 students, having worked within the Department through a student program, were recruited upon completion of their studies through the student bridging mechanisms.

In addition, other competitions to address the vacancies were initiated during this period. Completion is anticipated shortly.

During fiscal year 2002-2003, BGTD has grown from 180 to 217 filled positions. BGTD has launched several of their own competitive processes and staffed some of their vacancies from them. Specific focus continues to be paid to staffing to address attrition and internal movement, as well as gaps in expertise.

MHPD's staffing priorities, in the short-term, will continue to concentrate on the recruitment and appointment of Medical Officers and of other specialized staff for shortage areas. The Directorate has made the greatest use of the generic joint competitions for Medical Officers and Biomedical Evaluators. Staff within the Marketed Biologicals and Biotechnology Products Division of MHPD has increased from approximately 23 to 25.

The HPFB Inspectorate has 14 positions assigned to biologics, across its National Coordination Centre and Regional Operational Centres. All but two of these positions are filled in a permanent capacity. Competitions or other projects are under way, or are soon to be initiated, to permanently address these vacancies.

Index

A

Aboriginal/Indian/First Nations and Inuit 10, 13, 14, 15, 17, 19, 21, 23, 31, 46, 48, 53, 71, 72, 73, 75, 77, 79, 81, 82, 85, 86, 88, 90, 99, 100, 101, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 119, 121, 123, 133, 134, 135, 137, 139
- Aboriginal Diabetes Initiative 75, 101
- Aboriginal Head Start 74, 139
- Canadian Aboriginal AIDS Network 73
- First Nations and Inuit Health Information System 78, 101
- First Nations and Inuit Telehealth 77, 101
- Health Programs/Demonstration Projects/Sites 80, 138
- Home and Community Care 73, 101
- National Native Alcohol and Drug Abuse Program 75
- Non-Insured Health Benefits Program 75, 76, 80, 99, 110, 139, 140
- Youth Solvent Abuse Program 75

acrylamide 54

Acts
- *Canada Health Act* 13, 14, 16, 17, 19, 26, 35
- *Canadian Environmental Protection Act* 58, 60, 61, 107
- *Controlled Drugs and Substances Act* 13
- *Department of Health Act* 13
- *Food and Drugs Act* 13, 61, 67
- *Hazardous Materials Information Review* Act 24
- *Patent Act* 24
- *Personal Information Protection and Electronic Documents Act* 78
- *Pest Control Products Act* 10, 13, 17, 30, 66, 67, 68, 69, 102
- *Privacy Act* 78
- *Tobacco Control Act* 64

addiction(s) 15, 74, 75, 101

air pollution/quality 58, 129

alcohol 29, 62, 63
- fetal alcohol syndrome/effects 44, 74, 119

antimicrobial resistance 48, 55

B

biologics/biological 14, 19, 28, 47, 51, 52, 59, 141, 142

biotechnology 29, 51, 58, 59, 61, 142

blood 9, 27, 45, 55, 115, 141

C

Canada Health Infostructure 32, 41, 71, 82, 83, 84, 110, 113
Canada Health Infoway Inc. 83, 103
Canada Health Portal 84, 100, 136
Canadian Health Network 49, 99, 100, 136
Canadian Health Services Research Foundation 93
Canadian Institute for Health Information 45, 85, 102, 110, 113, 136
Canadian Institutes of Health Research 24
caregivers 38, 40, 43
chemicals/chemical substances 14, 19, 29, 47, 52, 58, 59, 60, 61, 66, 69, 107
children/youth 14, 19, 23, 27, 43, 44, 46, 49, 61, 64, 68, 74, 75, 119, 121, 129, 135
  Community Action Program for Children 44, 45
  early childhood development 17, 44, 49, 74, 108
climate change 29, 58, 60, 98
Commission on the Future of Health Care in Canada/Romanow Commission 16, 36

D

dental care 72, 74, 75, 80, 140
disability 31, 42, 43, 72, 74, 90, 129
disease(s) 9, 14, 29, 31, 41, 42, 43, 44, 47, 48, 61, 62, 64, 71, 72, 90, 111, 123, 127, 133, 134, 136
  cancer 43, 44, 49, 59, 90, 126, 127, 128
  chronic 17, 27, 42, 43, 53, 56, 74, 75, 122, 127, 129
  circulatory 126
  diabetes 19, 43, 44, 48, 75, 78, 127
  gastroenteritis 61
  heart/cardiovascular 43, 127, 128
  hepatitis C 27, 45, 46, 108, 113
  HIV/AIDS 19, 27, 39, 45, 46, 73, 139
  infectious/communicable 24, 48, 128
  influenza 47
  meningitis 54
  respiratory/asthma 27, 43, 45, 122, 126, 127, 129
  rheumatic/rheumatism 55, 127
  smallpox 41, 46, 107, 108
  tuberculosis 73
drugs/pharmaceuticals 14, 19, 24, 28, 29, 37, 46, 51, 52, 53, 55, 58, 62, 63, 64, 72, 75, 99, 107, 112, 115, 122, 131, 140
  Common Drug Review 37, 107
  non-steroidal anti-inflammatory 55

E

electronic health records 48, 78, 83, 101, 102, 103
emergency services/preparedness/response/emergencies 17, 27, 28, 42, 46, 49, 52, 59, 91, 100

F

First Ministers' Accord on Health Care Renewal - February 2003 9, 17, 22, 35, 36, 38, 39, 77, 102, 103
First Ministers' Agreement on Health - September 2000 16, 26, 32, 36, 39, 78, 86, 100, 102, 103
food 10, 14, 21, 27, 28, 45, 48, 51, 52, 53, 54, 56, 61, 67, 68, 69, 73, 75, 78, 92, 99, 111, 112, 114, 122, 123, 130, 131, 134, 141

G

genetic(s) 16, 28, 52, 141
genomics-based research and development 41, 51, 57

H

hospitals/hospitalization 26, 35, 73, 74, 77, 81, 112

I

immunization/vaccines 27, 41, 45, 46, 48, 72, 122, 123, 128, 135
irradiation 55

L

lawns 67, 68, 70

M

mental health 27, 38, 42, 49, 74, 75, 76, 119

N

natural health products 14, 19, 28, 51, 52
nuclear 47, 58, 59
nurses/nursing 37, 40, 73, 77, 86
nutrition 43, 48, 51, 53, 56, 75, 77
  Canada Prenatal Nutrition Program 44, 45, 74, 134, 139

O

obese/obesity 43, 53, 122, 130

P

palliative care 26, 36, 38

pest control products/pesticides 14, 19, 30, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 99, 102, 111
Pest Management Regulatory Agency 21, 30, 66, 67, 69, 70, 99, 102, 112, 114
pharmacists/pharmacies 37, 77, 80, 99, 140
physical activity/fitness 10, 27, 42, 43, 44, 53, 119, 122, 129, 130
physicians/doctors 26, 35, 37, 77, 84, 86, 119, 140
primary care 9, 15, 31, 34, 36, 72, 73, 74, 77
Primary Health Care Transition Fund 34, 36, 90, 108, 110, 113
privacy 32, 76, 78, 83

R

radiation/radioactivity/radiological 29, 47, 58, 59, 61, 112
Research Ethics Board 92
rural/remote/isolated areas 27, 38, 43, 72, 75, 80, 83, 86, 101, 134

S

security 17, 41, 47, 51, 57, 65, 86, 97
seniors/older adults/aging 14, 19, 27, 38, 43, 45, 49, 63, 97, 119, 130
Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) 9, 17, 45, 47, 49, 53, 87
substance abuse 14, 63, 119

T

telehealth 83, 103, 136
tobacco/smoking 10, 14, 17, 19, 23, 29, 58, 62, 63, 64, 75, 123, 132, 133

V

veterinary drugs/products 28, 51, 52, 53, 54, 112

W

water 27, 45, 58, 59, 60, 61, 68, 72, 78, 92, 122, 123, 131, 134
weight(s) 43, 44, 53, 56, 119, 123, 130, 134
West Nile virus 9, 17, 45, 49, 55, 67, 68, 78, 119
women 26, 36, 38, 73, 74, 90, 119, 124, 125
pregnant 44, 74, 119
Women's Health Contribution Program 38
workplace/occupational health/workers 14, 15, 19, 24, 29, 37, 57, 58, 59, 61, 62, 64, 95, 96

BUDGET DES DÉPENSES

Santé Canada

Rapport sur le rendement

Pour la période se terminant
le 31 mars 2003

Canada

Les documents budgétaires

Chaque année, le gouvernement établit son Budget des dépenses, qui présente l'information à l'appui des autorisations de dépenser demandées au Parlement pour l'affectation des fonds publics. Ces demandes d'autorisations sont présentées officiellement au moyen d'un projet de loi de crédits déposé au Parlement.

Le Budget des dépenses du gouvernement du Canada est divisé en plusieurs parties. Commençant par un aperçu des dépenses totales du gouvernement dans la Partie I, les documents deviennent de plus en plus détaillés. Dans la Partie II, les dépenses sont décrites selon les ministères, les organismes et les programmes. Cette partie renferme aussi le libellé proposé des conditions qui s'appliquent aux pouvoirs de dépenser qu'on demande au Parlement d'accorder.

Le *Rapport sur les plans et les priorités* fournit des détails supplémentaires sur chacun des ministères ainsi que sur leurs programmes qui sont principalement axés sur une planification plus stratégique et les renseignements sur les résultats escomptés.

Le Rapport sur le rendement met l'accent sur la responsabilisation basée sur les résultats en indiquant les réalisations en fonction des prévisions de rendement et les engagements à l'endroit des résultats qui sont exposés dans le *Rapport sur les plans et les priorités*.

Le Budget des dépenses, de même que le budget du ministre des Finances, sont le reflet de la planification budgétaire annuelle de l'État et de ses priorités en matière d'affectation des ressources. Ces documents, auxquels viennent s'ajouter par la suite les Comptes publics et les rapports ministériels sur le rendement, aident le Parlement à s'assurer que le gouvernement est dûment comptable de l'affectation et de la gestion des fonds publics.

©Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada — 2003

Ce document est disponible en médias substituts sur demande.

Ce document est disponible sur le site Web du SCT à l'adresse suivante : www.tbs-sct.gc.ca.

En vente au Canada chez votre libraire local ou par la poste auprès des Éditions du gouvernement du Canada – TPSGC
Ottawa, Canada K1A 0S9

N° de catalogue BT31-4/42-2003
ISBN 0-660-62393-5

Avant-propos

Au printemps 2000, la présidente du Conseil du Trésor a déposé au Parlement le document intitulé *Des résultats pour les Canadiens et les Canadiennes : Un cadre de gestion pour le gouvernement du Canada*. Ce document expose clairement les mesures qu'entend prendre le gouvernement pour améliorer et moderniser les pratiques de gestion des ministères et organismes fédéraux.

En ce début de millénaire, l'approche utilisée par le gouvernement pour offrir ses programmes et services aux Canadiens et aux Canadiennes se fonde sur quatre engagements clés en matière de gestion. Tout d'abord, les ministères et les organismes doivent reconnaître que leur raison d'être est de servir la population canadienne et que tous leurs programmes, services et activités doivent donc être « axés sur les citoyens ». Deuxièmement, le gouvernement du Canada s'engage à gérer ses activités conformément aux valeurs les plus élevées de la fonction publique. Troisièmement, dépenser de façon judicieuse, c'est dépenser avec sagesse dans les secteurs qui importent le plus aux Canadiens et aux Canadiennes. En dernier lieu, le gouvernement du Canada entend mettre l'accent sur les résultats, c'est-à-dire sur les impacts et les effets des programmes.

Les rapports ministériels sur le rendement jouent un rôle de premier plan dans le cycle de planification, de suivi, d'évaluation ainsi que de communication des résultats, par l'entremise des ministres, au Parlement et aux citoyens. Les ministères et les organismes sont invités à rédiger leurs rapports en appliquant les principes pour l'établissement des rapports publics sur le rendement efficaces (voir le *Guide pour la préparation des rapports ministériels sur le rendement 2003* : http://www.tbs-sct.gc.ca/rma/dpr/02-03/guidance/gl-ld_f.asp). Selon ces derniers, un rapport ne peut être efficace que s'il présente un tableau du rendement qui soit non seulement cohérent et équilibré mais bref et pertinent. Un tel rapport doit insister sur les résultats - soit les avantages dévolus aux Canadiens et aux Canadiennes et à la société canadienne - et il doit refléter ce que l'organisation a pu contribuer à ces résultats. Il doit mettre le rendement du ministère en contexte ainsi que décrire les risques et les défis auxquels le ministère a été exposé en répondant aux attentes sur le rendement. Le rapport doit aussi souligner les réalisations obtenues en partenariat avec d'autres organisations gouvernementales et non-gouvernementales. Et comme il est nécessaire de dépenser judicieusement, il doit exposer les liens qui existent entre les ressources et les résultats. Enfin, un tel rapport ne peut être crédible que si le rendement décrit est corroboré par la méthodologie utilisée et par des données pertinentes.

Par l'intermédiaire des rapports sur le rendement, les ministères et organismes visent à répondre au besoin croissant d'information des parlementaires, des Canadiens et des Canadiennes. Par leurs observations et leurs suggestions, les parlementaires et les autres lecteurs peuvent contribuer grandement à améliorer la qualité de ces rapports. Nous invitons donc tous les lecteurs à évaluer le rapport sur le rendement d'une institution gouvernementale en se fondant sur les principes établis et à lui fournir des commentaires en vue du prochain cycle de planification et de rendement.

Le présent rapport peut être consulté sur le Site web du Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada à l'adresse suivante : http://www.tbs-sct.gc.ca/rma/dpr/dprf.asp

Les observations ou les questions peuvent être adressées à :

Direction de la gestion axée sur les résultats
Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada
L'Esplanade Laurier
Ottawa (Ontario) K1A 0R5
OU à : rma-mrr@tbs-sct.gc.ca

Santé Canada

Rapport ministériel sur le rendement

pour la période se terminant le 31 mars 2003

A. Anne McLellan
Ministre de la Santé

Table des matières

Section I : Message de laMinistre 9
Section II : Vue d'ensemble du Ministère 11
À propos de Santé Canada 13
Notre vision 13
Énoncé de mission 13
Objectif 13
Rôles 14
En concertation 15
Souplesse dans un contexte en évolution 15
Santé Canada est l'un des nombreux facteurs qui influe sur la santé des Canadiens et sur le système de soins de santé 16
Priorités ministérielles 17
S'organiser pour obtenir des résultats 19
Santé Canada : Au travail, partout au pays 19
Organigrame 23
Améliorer la mesure du rendement 24
Fiabilité des données sur le rendement 25
Le travail avec les partenaires du portefeuille 26
Section III : Rendement du Ministère par résultat stratégique 27
A : Tableau des résultats stratégiques 28
B : Réalisations en matière de rendement, par résultat stratégique 36
Un système de soins de santé solide et durable 36
Une population en meilleure santé grâce à la promotion de la santé et à la prévention des maladies 43
Produits de santé et aliments sûrs 54
Environnements plus sains et produits plus sûrs pour la population canadienne . 61
Des produits et des programmes de lutte antiparasitaires durables pour les Canadiens 70
Premières nations et Inuits en meilleure santé grâce à la prestation, faite en collaboration, de services de promotion de la santé, de prévention des maladies et de services de soins de santé 78
Ensemble de données probantes amélioré et utilisation accrue des technologies de l'information et des communications pour appuyer la prise de décisions en santé 90
Soutien efficace pour la prestation des programmes de Santé Canada 97
Section IV : Thèmes du gouvernement et enjeux en matière de gestion 103
Fonction de contrôleur moderne (pratiques de gestion modernes) 103
Développement durable 106

Initiative d'amélioration des services 107
Responsabilisation envers la population canadienne 109
Gouvernement en direct 109
Rapport sur le rendement du système de santé 112
Solutions de rechange en matière de prestation de services – Fondements 112
Approvisionnement et attribution de contrats 114
Gestion du matériel 115
Analyse comparative entre les sexes 116
Section V : Rendement financier 117
Aperçu du rendement financier 117
Tableau financier 1 : Sommaire des crédits approuvés Autorisations pour 2002-2003 118
Tableau financier 2 : Comparaison entre les dépenses totales prévues et les dépenses réelles 119
Tableau financier 3 : Comparaison historique entre les dépenses totales prévues et les dépenses réelles 120
Tableau financier 4 : Concordance entre les résultats stratégiques et les secteurs d'activités 121
Tableau financier 5 : Recettes disponibles 122
Tableau financier 6 : Paiements de transfert 123
Tableau financier 7 : Besoins en ressources par organisation et secteur d'activité . 124
Tableau financier 8 : Passifs éventuels 125
Section VI : Autres renseignements 127
Contactez-nous 128
Références 129
Section VII : Mesurer la santé au Canada – résultats supplémentaires concernant l'état de santé des Canadiens 131
Section VIII : Sommaire exécutif :Réaction au dixième rapport du Comité permanent des comptes publics sur le Rapport du vérificateur général, octobre 2000 147
Santé des Premières nations – suivi 147
Postes à pourvoir au sein des programmes de réglementation et de surveillance . . 152
Indexe 154

Les annexes électroniques suivantes sont disponibles sur le site Web de Santé Canada à l'adresse suivante http://www.hc-sc.gc.ca/francais/soins/depenses/index.htm.

Annexe A : Initiatives réglementaires et Lois et règlements
Annexe B : Détails sur les paiements de transfert : dépenses réelles pour 2002-2003
Annexe C : Réaction au Comité des comptes publics - La santé des Premières nations : Suivi
Annexe D : Frais d'utilisation externe

Section I :

Message de la Ministre

Je suis heureuse de présenter au Parlement et à la population canadienne le Rapport ministériel sur le rendement de Santé Canada pour 2002-2003.

Le système de santé est le programme social le plus prisé du Canada. Il s'agit d'une priorité nationale qui doit occuper une place de choix dans le plan d'action de tous les gouvernements. À titre de ministre de la Santé, je suis fière de diriger Santé Canada dans ses efforts constants afin d'assurer l'accès à des soins de haute qualité pour tous les Canadiens.

Santé Canada est doté d'une gamme étendue de programmes et de services visant à favoriser la santé de tous les Canadiens. En plus de se charger de ces responsabilités permanentes, le Ministère a aussi été en mesure de composer avec de nombreux événements prévus et imprévus en 2002-2003.

L'une de ces priorités consistait à travailler avec nos partenaires provinciaux et territoriaux en vue de renouveler le système de santé. Parmi les progrès réalisés, mentionnons la conclusion, par les premiers ministres canadiens, d'un accord sur la santé qui améliorera l'accès à des soins de qualité pour tous les Canadiens. L'accord est fondé sur les engagements pris par les premiers ministres en 2000, notamment de renforcer les soins primaires, de soutenir l'acquisition de nouveaux équipements diagnostiques et d'exiger que les gouvernements rendent compte des résultats.

En 2002-2003, nous avons aussi pris des mesures pour contrer des menaces à la santé des Canadiens. Nous avons réagi promptement lorsque le Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) est apparu au Canada, et nous avons soutenu la prise de mesures pour protéger les Canadiens et nos réserves de sang contre le virus du Nil occidental.

En réaction à ces événements récents, Santé Canada a commencé à centrer ses efforts sur un nouveau Centre canadien de santé publique qui servira à tous les Cana-

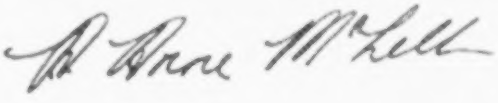
diens en luttant contre les maladies et en favorisant une meilleure santé publique.

Nous avons aussi pris des mesures concrètes à l'égard d'enjeux fondamentaux, comme la Stratégie pancanadienne en matière de modes de vie sains, qui aidera à fournir aux Canadiens le soutien dont ils ont besoin pour vivre une vie plus saine grâce à l'adoption de bonnes habitudes alimentaires, à l'accroissement de l'activité physique et à la réduction du tabagisme.

Dans le cadre de son engagement global à combler l'écart entre l'état de santé des autochtones et des non-autochtones, Santé Canada continue d'améliorer les services et les programmes de santé destinés aux Premières nations et aux communautés inuites. Ces activités ont été soutenues par un nouveau financement de 1,3 milliard de dollars attribué dans le cadre du Budget 2003.

La modernisation de la *Loi sur les produits antiparasitaires* en 2002 nous permettra de veiller à ce que les Canadiens jouissent d'un approvisionnement alimentaire abondant et sécuritaire tout en sachant qu'ils sont protégés contre les risques sanitaires et environnementaux posés par ces produits.

De ces façons et dans le cadre de nombreuses autres initiatives tout au long de l'exercice 2002-2003, l'équipe de Santé Canada a travaillé avec ses partenaires de partout au pays et dans le monde pour réaliser son mandat : aider les Canadiens à maintenir et à améliorer leur état de santé.

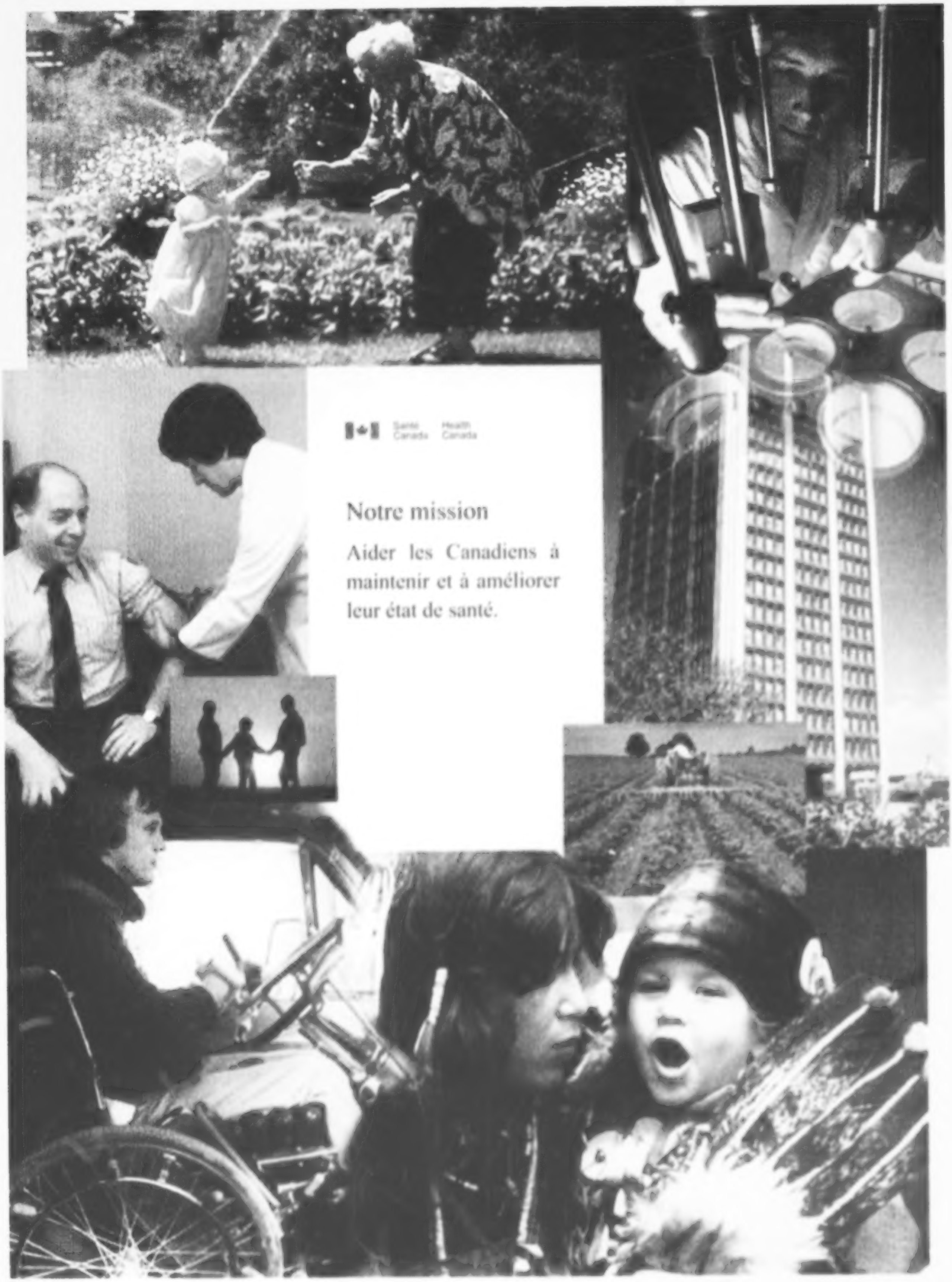


A. Anne McLellan

Ministre de la Santé

Section II :

Vue d'ensemble du Ministère



Santé Canada Health Canada

Notre mission

Aider les Canadiens à maintenir et à améliorer leur état de santé.

À propos de Santé Canada

La santé est d'une extrême importance pour les Canadiens – pour les individus, les familles et les collectivités – comme l'est le système de santé, qui est devenu au fil des ans un élément constitutif de l'identité nationale. L'importance que les Canadiens accordent à la santé s'explique par les avantages manifestes qui découlent de cette dernière pour le bien-être de la personne, de la société et de l'économie.

Le gouvernement du Canada a pris note de la haute importance donnée à la santé par les Canadiens, et il a chargé Santé Canada de diriger le programme d'action national en santé. La *Loi sur le ministère de la Santé* établit le mandat de Santé Canada. Le ministre de la Santé est également responsable de l'application directe de 18 autres lois, dont la *Loi canadienne sur la santé*, la *Loi sur les aliments et drogues*, la *Loi sur les produits antiparasitaires* et la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*.

En plus de ces responsabilités prévues par la Loi, Santé Canada exécute un important travail d'élaboration de politiques, d'exécution de programmes et de prestation de services, qui a de profondes incidences sur un large éventail de Canadiens. Ce travail, largement effectué par le personnel du Ministère posté dans des collectivités du pays, touche l'ensemble des Canadiens et fait intervenir de nombreux partenaires qui partagent la même détermination à améliorer la santé de la population canadienne. Ces partenaires comprennent les gouvernements provinciaux et territoriaux, les collectivités des Premières nations et des Inuits, et d'autres intervenants.

Le mandat, les rôles et les responsabilités de Santé Canada sont définis dans la vision et la mission du Ministère et dans son objectif.

Notre vision

Santé Canada s'est engagé à améliorer la vie de tous les Canadiens et à faire du Canada l'un des pays où les gens sont le plus en santé au monde, comme en témoignent la longévité, les habitudes de vie et l'utilisation efficace du système public de soins de santé.

Énoncé de mission

Aider les Canadiens à maintenir et à améliorer leur état de santé.

Objectif

Santé Canada œuvre de concert avec de nombreux partenaires pour mener à bien sa mission. Cet objectif est réalisé de nombreuses façons. Le Ministère s'efforce, notamment :

- de prévenir et de réduire les risques pour la santé humaine et l'environnement, dans leur ensemble;
- de promouvoir des habitudes de vie plus saines;
- d'assurer des services de santé de haute qualité qui sont efficients et accessibles;
- d'intégrer le renouvellement du système de soins de santé à des plans à long terme dans les secteurs de la prévention, de la

promotion de la santé et de la protection de la santé;

- de réduire les inégalités sur le plan de la santé dans la société canadienne;
- de fournir de l'information sur la santé afin d'aider les Canadiens à faire des choix éclairés.

Santé Canada cherche à s'assurer que les Canadiens obtiennent les meilleurs résultats possibles pour la santé. Il s'agit d'un défi étant donné la gamme complexe et sans cesse croissante de besoins, d'exigences et d'interventions possibles. Grâce à un réseau de bureaux régionaux et à ses nombreux partenariats, le Ministère aide à maintenir des systèmes efficaces et durables pour la santé qui permettent au plus grand nombre possible de Canadiens de jouir d'une bonne santé tout au long de leur vie. Le Ministère s'efforce de réduire les inégalités sur le plan de l'état de santé, particulièrement chez les enfants, les jeunes, les aînés, les membres des Premières nations et les Inuits.

Les circonstances et les comportements des Canadiens varient. C'est la raison pour laquelle Santé Canada, s'il veut réaliser ses objectifs, s'efforce d'améliorer la capacité de la collectivité de résoudre les problèmes de santé, tout en aidant la population canadienne à faire des choix éclairés sur sa santé. C'est par le truchement de la recherche, de la surveillance et du partage de l'information que Santé Canada s'emploie à bien documenter le processus d'élaboration de politiques dans les autres secteurs de la société qui appuient la santé.

De concert avec ses partenaires, Santé Canada voit la santé dans sa globalité, établit les priorités par le truchement d'études minutieuses, y compris les programmes scientifiques, les programmes de recherche et les décisions fondées sur des données probantes, et décide de la façon dont les décisions prises peuvent le mieux être appliquées. Il en résulte des politiques, des règlements et des programmes efficaces, qui aident à prévoir les besoins et les enjeux futurs sur le plan de la santé des Canadiens et à y donner suite.

Rôles

Pour atteindre cet objectif, Santé Canada joue de nombreux rôles. Dans l'ensemble, le Ministère assure le leadership et forme des partenariats dans les secteurs de la protection et de la promotion de la santé.

Leader et partenaire : Santé Canada assure le leadership national de la santé et est responsable de l'administration de la *Loi canadienne sur la santé*, la pierre angulaire de l'assurance-maladie au Canada. Le Ministère élabore des politiques visant à aider le système de soins de santé à s'adapter aux réalités changeantes, cerne et aborde les déterminants de la santé, et cherche à contribuer au programme d'innovation du gouvernement.

Bailleur de fonds : Le gouvernement fédéral est une source majeure de financement des soins de santé par le truchement du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux. D'autres améliorations et modernisations sont apportées grâce à d'autres programmes. Santé Canada transfère des fonds à des organisations des Premières nations et des Inuits pour aider celles-ci à offrir des services de santé communautaires. De plus, des subventions et

des contributions versées à diverses organisations permettent de renforcer les objectifs de santé du Ministère.

Gardien et responsable de la réglementation : Le Ministère protège la santé de la population canadienne en gérant les risques liés aux produits et en fournissant de l'information permettant aux Canadiens de prendre des décisions éclairées au sujet des produits de santé auxquels ils ont accès. Santé Canada s'efforce de réduire au minimum les facteurs de risque pour la santé et d'optimiser l'innocuité des produits de santé et des aliments. Le système de réglementation couvre les pesticides, les substances toxiques, les produits pharmaceutiques, les produits biologiques, les matériels médicaux, les cosmétiques, les produits de consommation, les produits chimiques et les produits de santé naturels. Le Ministère assure une gamme de programmes et de services de santé et de protection de l'environnement. Il est aussi responsable des secteurs de la lutte contre l'abus des substances, de la politique sur le tabac, de la santé au travail et de l'utilisation sûre des produits de consommation. Le Ministère surveille les maladies et en assure le suivi et prend, le cas échéant, les mesures qui s'imposent.

Fournisseur de services : Santé Canada assure des services de santé complémentaires à 700 000 membres des Premières nations et Inuits. Parmi les services offerts à ces collectivités, il convient de mentionner les services de prévention, de promotion, de soins de santé primaires et de lutte contre la toxicomanie. En outre, le Ministère prévoit des services de santé et de sécurité au travail pour tous les fonctionnaires fédéraux et dans tous les établissements fédéraux.

Fournisseur d'information : Les programmes scientifiques et les programmes de recherche de haute qualité de Santé Canada viennent appuyer l'élaboration de politiques, de règlements et de services d'information et de gestion qui sont essentiels au maintien du système de soins de santé du Canada, de classe mondiale. Grâce à la recherche et à la surveillance, le Ministère fournit de l'information que les Canadiens peuvent utiliser pour maintenir et améliorer leur état de santé. Il appuie également des travaux de recherche dans l'ensemble du Canada afin d'élargir la base de connaissances scientifiques et techniques. À titre de principal fournisseur national d'information sur la santé, le Ministère met en relief tant les activités de santé positives que les mesures de prévention des maladies.

En concertation

Santé Canada œuvre de concert avec la population canadienne par le truchement de la consultation et la participation du public. Cette concertation vise nos partenaires, à savoir les provinces et les territoires, les collectivités des Premières nations et les collectivités inuites, les associations professionnelles, les groupes de consommateurs, les universités et les instituts de recherche, les organisations internationales, les bénévoles, et d'autres ministères et organismes fédéraux.

Souplesse dans un contexte en évolution

Santé Canada est très sensible aux forces qui consolident la santé publique, dans un

environnement où les déterminants suivants sont en constante évolution :

- la sensibilisation accrue du public à l'égard des questions de santé, de même que les exigences connexes de l'accès plus rapide aux services et à l'information;
- l'évolution des tendances démographiques qui exerce des pressions sur les services de soins de santé;
- les progrès scientifiques rapides qui à la fois procurent des avantages et exercent des pressions en santé;
- la recrudescence, au plan mondial, des migrations, des voyages et des échanges commerciaux, laquelle engendre des problèmes de santé additionnels;
- la nécessité d'assurer la transparence dans la prise de décisions et la responsabilisation.

Face à cette constante évolution, Santé Canada fait preuve de souplesse dans ses activités et dans l'affectation des ressources limitées, de même que dans sa réaction à ces forces.

Santé Canada est l'un des nombreux facteurs qui influe sur la santé des Canadiens et sur le système de soins de santé

Santé Canada est déterminé à rendre compte de ses activités d'une façon qui montre clairement les avantages que procure son utilisation des fonds publics aux Canadiens. La réalisation de cet engagement et la fourniture de résultats concrets et clairs sont profondément touchées par deux aspects primordiaux de la santé au Canada :

Le premier tient au fait que l'état de santé des particuliers, de certains groupes et des Canadiens en général découle d'un grand nombre de facteurs, dont la plupart échappent à la portée directe et mesurable d'un ministère ou d'un gouvernement.

Déterminants de la santé

Une foule de facteurs sociaux, économiques, génétiques, environnementaux et autres forment une toile qui influe sur la santé des personnes et des collectivités http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/regions/ab-nwt/pdf/resources/Determinants_colour_e.pdf. Bien que l'efficacité du système de santé, y compris celle du travail de Santé Canada, soit importante pour aider à répondre aux besoins des citoyens en matière de santé,

ces facteurs déterminants « en amont » influent de façon si profonde sur les choix que doit effectuer tout système de santé qu'il est difficile de cerner clairement les liens entre les mesures ministérielles ciblées et les résultats globaux en matière de santé.

Le deuxième grand facteur tient au fait que le système de soins de santé du Canada mise sur la contribution d'un grand nombre de partenaires de tous les ordres de gouvernement ainsi que dans les secteurs public, bénévole et privé, de sorte que la création de partenariats efficaces est un élément constant des stratégies de santé.

Tous les ordres de gouvernement au Canada sont responsables d'aspects qui influent sur la santé des Canadiens. Les services de santé sont dispensés par un grand nombre de particuliers, d'organismes gouvernementaux, d'organismes sans but lucratif et d'entreprises qui constituent la première ligne des services de santé offerts directement aux Canadiens. Concrètement, Santé Canada s'efforce d'obtenir des résultats en créant de nombreux partenariats, en influençant les décisions des autres et en permettant aux autres de prendre des décisions éclairées.

Priorités ministérielles

Aux fins de sa planification à moyen terme pour les exercices 2002-2003 à 2004-2005, le Ministère a cerné cinq priorités ministérielles qui tiennent compte des enjeux clés en matière de santé où une participation fédérale serait cruciale, ainsi que des engagements à l'échelle du gouvernement. Nous fournissons plus de détails sur ces priorités et sur l'environnement opérationnel qui a influé sur la prise de mesures ministérielles dans la Section III du présent rapport.

Renouvellement du système de soins de santé – Cette priorité reconnaît toute l'importance qu'accordent les Canadiens au leadership national de Santé Canada pour le maintien d'un système de soins de santé efficace qui adhère aux principes énoncés dans la *Loi canadienne sur la santé*. Nous savions que le travail de la Commission Romanow et d'autres initiatives feraient appel à notre capacité d'aider le gouvernement à définir et à évaluer les options pour le renouvellement, de façon à enrichir la base que nous établissions déjà par la mise en œuvre de l'entente des premiers ministres sur la santé (2000). Nous avons travaillé avec les partenaires, en particulier ceux des gouvernements provinciaux et territoriaux, en vue de discuter des enjeux qui se sont finalement retrouvés au cœur de l'Accord sur le renouvellement des soins de santé, conclu par les premiers ministres en février 2003. Un défi de taille permanent lié à ces travaux tient à la relation complexe entre le gouvernement du Canada, qui fournit une part importante du financement en matière de santé et est responsable d'assurer la conformité avec la *Loi canadienne sur la santé*, et les gouvernements provinciaux et territoriaux, qui doivent composer avec les attentes toujours croissantes de leurs citoyens et intervenants et qui sont directement responsables de la plupart des aspects liés aux soins de santé.

Santé des Premières nations et des Inuits – Nous poursuivons nos travaux dans

le but d'améliorer la prestation des services et des programmes à l'intention des collectivités des Premières nations et des Inuits dans le but de réduire l'écart entre l'état de santé des Canadiens autochtones et celui des non autochtones. Les programmes et les services offerts aux Premières nations et aux Inuits sont conformes à la vision du Ministère, qui met l'accent sur la promotion de la santé et la prévention des maladies, tout en reconnaissance que l'état de santé reflète une multitude de circonstances et de choix individuels. Par ailleurs, le gouvernement du Canada s'est engagé à fournir 1,3 milliards de dollars supplémentaires au cours des cinq prochaines années afin de s'occuper des pressions liées au système de santé des Premières nations et des Inuits et d'appuyer la création de programmes viables à l'intention des Premières nations et des Inuits.

Sécurité et gestion des risques – En ce qui concerne la sécurité des Canadiens, Santé Canada est doté d'un mandat général qui s'assorti de responsabilités touchant la maximisation de la sécurité et la gestion des risques liés aux produits de consommation et aux produits de santé. Notre planification annuelle tenait compte de la demande concernant l'accès aux produits tout en satisfaisant aux attentes en matière de sécurité, à la lumière des meilleurs renseignements disponibles. Outre nos autres engagements, nous nous attendions à soutenir le processus législatif menant à l'adoption d'une nouvelle *Loi sur les produits antiparasitaires* et à accroître notre capacité de réagir aux situations d'urgence provoquées par la nature ou par l'homme ainsi qu'aux préoccupations en matière de sécurité qui sont nées après les événements du 11 septembre 2001.

De façon plus spécifique, grâce à sa part du financement gouvernemental destiné aux mesures nationales de protection de la santé et de lutte contre le terrorisme, Santé Canada améliore et renforce sa capacité de réagir aux initiatives de sécurité liées à la santé. Même s'il est improbable que le Canada soit victime d'un acte de terrorisme, les conséquences d'un tel événement pourraient être très graves. Par conséquent, le Canada renforce ses capacités de réaction.

Mise en place d'un programme d'action en santé équilibré – Dès le début de 2002-2003, nous étions pleinement conscients du fait que l'une des meilleures façons d'assurer la pérennité du système de soins de santé consistait à investir dans les mesures « en amont » qui influent sur la santé, comme la protection et la promotion de la santé et la prévention des maladies. Nous avions prévu de poursuivre les travaux relatifs à la lutte contre le tabagisme et des mesures pour contrer les maladies chroniques et de nouvelles maladies, comme le virus du Nil occidental. Le Discours du Trône de 2001 énonçait des engagements dans ces domaines, ainsi que dans des domaines connexes, comme la fourniture d'un soutien étendu pour le développement des jeunes enfants. Nous nous attendions aussi à jouer un rôle complet en ce qui concerne l'offre d'un accès amélioré à l'information sur la santé, par l'entremise d'Internet. Outre les rôles prévus, nous avons dû, vers la fin de l'exercice, réagir rapidement à la flambée de cas de Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS).

Reddition de comptes aux Canadiens – Le Ministère a cerné cinq domaines d'action pour l'amélioration de sa reddition de comptes : responsabilités internes et externes claires; l'amélioration de la prise de

Gestion intégrée du risque

La gestion du risque est une priorité permanente de Santé Canada, car elle concerne les risques pour la santé. Le Ministère continue d'améliorer ses pratiques de gestion du risque, et il adopte une approche panministérielle en vue de comprendre, de gérer et de communiquer les risques organisationnels. Le Ministère a établi un Bureau de la gestion intégrée du risque. De plus, toutes les directions générales et régions et les domaines d'expertise fonctionnelle ont nommé un cadre supérieur en vue de créer un réseau de personnes responsables de prendre les mesures nécessaires pour mettre en œuvre un cadre de gestion intégrée du risque (CGIR). En juin 2003, le Comité exécutif du Ministère a donné l'aval à une stratégie et à un plan d'action pour la mise en œuvre d'un CGIR, conformément à l'initiative du Conseil du Trésor. Le comité exécutif du Ministère a aussi convenu que la gestion du risque est un élément essentiel du cycle de fonctionnement du Ministère, et que l'une des premières étapes de l'élaboration d'un CGIR consistera à dresser un profil des risques organisationnels.

décisions, des pratiques de gestion et de la responsabilisation financière, particulièrement à l'égard de la passation de marchés et des subventions et contributions que nous versons en vue de contribuer à l'atteinte des objectifs en matière de santé; une forte capacité de surveillance à l'égard des décisions prises; une fonction de vérification efficace, qui s'attache davantage à l'adoption de valeurs et de principes communs au sein du personnel; et le leadership nécessaire en matière de ressources humaines pour veiller à ce que nous disposions de personnes possédant les compétences nécessaires et de l'environnement de travail qui favorise la réalisation de nos engagements envers le gouvernement, le Parlement et les Canadiens.

S'organiser pour obtenir des résultats

Organisation et exécution des programmes

L'organigramme du Ministère illustre la structure de Santé Canada. Toutefois, un organigramme ne peut faire comprendre que les employés de Santé Canada dans toutes les régions du pays s'attachent principalement à obtenir des résultats grâce à l'établissement de partenariats et à la collaboration avec les intervenants.

Santé Canada : Au travail, partout au pays

Les principaux lieux d'exécution des programmes nationaux du Ministère ainsi que les services de liaison destinés aux partenaires provinciaux et territoriaux sont répartis partout au pays. Dans chaque région,

le directeur général régional est le représentant supérieur de Santé Canada, responsable d'assurer la cohérence ministérielle. Le personnel régional travaille avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, les Premières nations et les communautés inuites, les associations professionnelles, les groupes de consommateurs, les universités et collèges, les instituts de recherche, les organismes internationaux, les bénévoles et d'autres organismes et ministères fédéraux en vue d'exécuter des programmes ministériels qui sont adaptés aux conditions locales et de promouvoir les initiatives ministérielles. Nous conférons avec les entreprises qui exercent leurs activités dans un domaine réglementé, conformément à l'engagement du gouvernement à l'égard de la réglementation intelligente et de la transparence. De plus, le personnel régional fournit de l'information sur les tendances et les enjeux régionaux en vue de l'élaboration de politiques et de programmes nationaux, et il réagit aux questions de santé propres aux régions.

Les rôles de **fournisseur de services** et de **bailleur de fonds** sont particulièrement importants dans les régions. En effet, les régions exécutent, en collaboration avec leurs partenaires respectifs, les programmes communautaires nationaux de Santé Canada et dispensent une gamme étendue de services de santé aux Premières nations et aux Inuits. Ce faisant, la fonction de prestation de programmes contribue à la réalisation d'un objectif plus global, c'est-à-dire, le renforcement des capacités communautaires.

Le personnel régional assure le rôle de **fournisseur de renseignements** et de **leader/partenaire** dans le cadre des activités de recherche et d'élaboration des politiques, y compris les analyses de l'environnement, la collecte de renseignements et les relations fédérales/provinciales/territoriales (FPT), au moyen d'une liaison coordonnée et régulière avec les autorités provinciales et territoriales du domaine de la santé. Les laboratoires régionaux sont de solides centres de recherche au sein de l'organisation. Les bureaux régionaux contribuent aussi à de nombreux projets de recherche avec des partenaires communautaires et des chercheurs universitaires.

De plus, grâce à des partenariats communautaires étendus, les bureaux régionaux contribuent aux activités d'**éducation du public** et de **consultation** touchant une gamme étendue de questions, comme le tabagisme, le diabète, la prévention du sida, l'éducation des parents pour favoriser la croissance d'enfants en santé ainsi que l'information sur la prévention des chutes pour les aînés. Par ailleurs, les bureaux régionaux sont aussi responsables de tenir des consultations régionales à l'égard d'enjeux réglementaires qui influent sur la santé des Canadiens.

À titre de **gardiens** et de **responsables de la réglementation**, les employés régionaux assurent le contrôle et l'exécution de la législation et des règlements fédéraux en matière de santé, et surveillent le système de santé provincial/territorial afin de veiller à ce que les principes de la *Loi canadienne sur la santé* soient respectés. Ils contrôlent et inspectent les produits biologiques, les médicaments, les dispositifs médicaux, les pesticides et les produits de santé naturels et leurs fabricants, et ils appliquent les dispo-

sitions des règlements relatifs aux produits chimiques, au tabac et aux produits de consommation qui concernent la sécurité des consommateurs. De plus, les employés régionaux travaillent avec d'autres ministères fédéraux en vue de maintenir et d'améliorer la santé de leurs travailleurs. Ils effectuent des analyses de drogues pour les forces de l'ordre.

Santé Canada assure une présence partout au pays et s'efforce d'aider les Canadiens à maintenir et à améliorer leur état de santé.

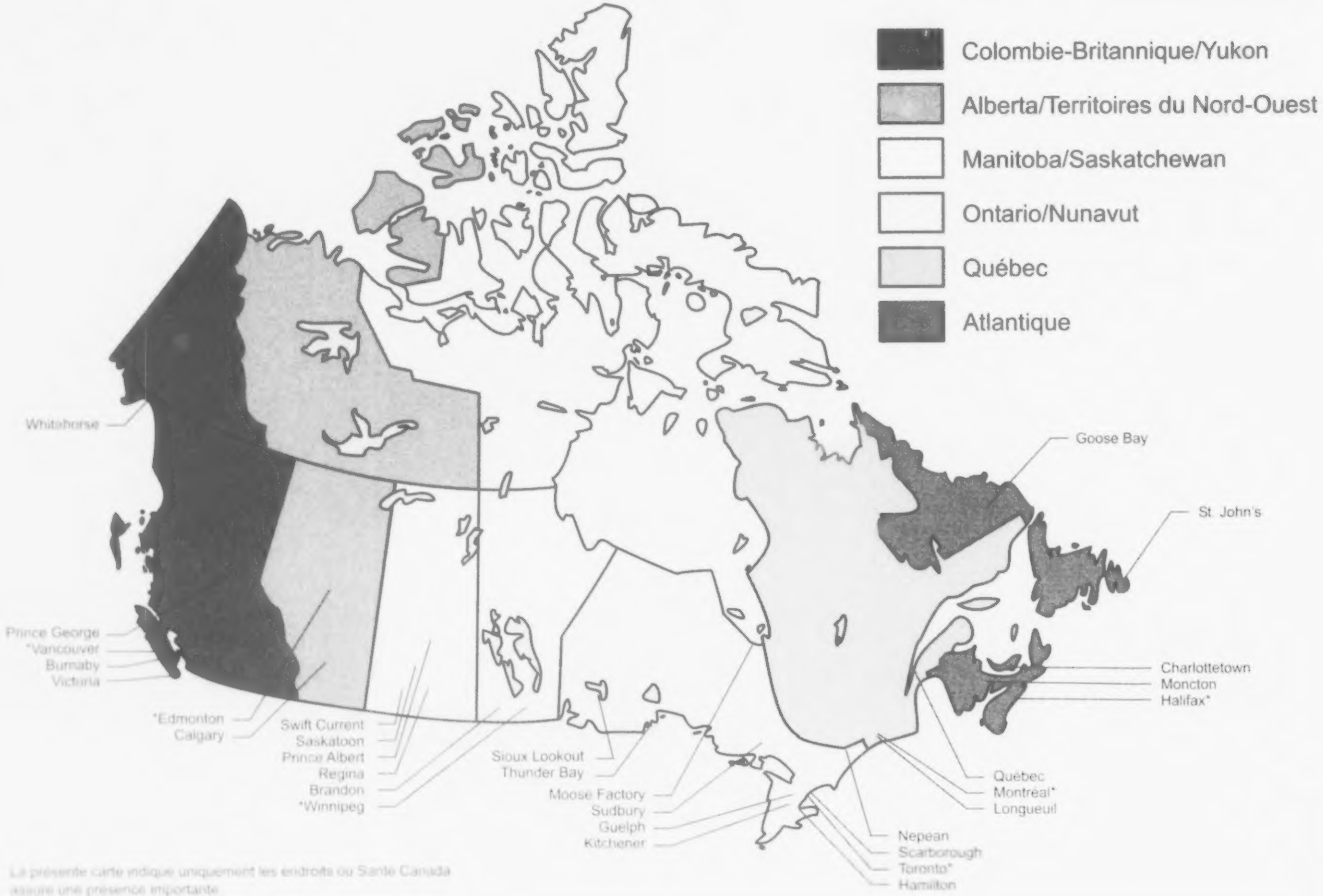
Les bureaux de Santé Canada sont situés dans les principales zones où les programmes et services du Ministère sont offerts, d'un océan à l'autre. On dénombre quelque 500 établissements de santé et plus de 45 centres de traitement pour les Premières nations et les Inuits de partout au pays. La gestion d'un grand nombre de ces établissements a été confiée aux Premières nations et aux communautés inuites.

Santé Canada est aussi doté de 9 laboratoires* conçus pour dispenser des services d'analyse chimique, physique et microbienne. Ces services soutiennent les activités d'inspection, d'enquête et de surveillance du Ministère.

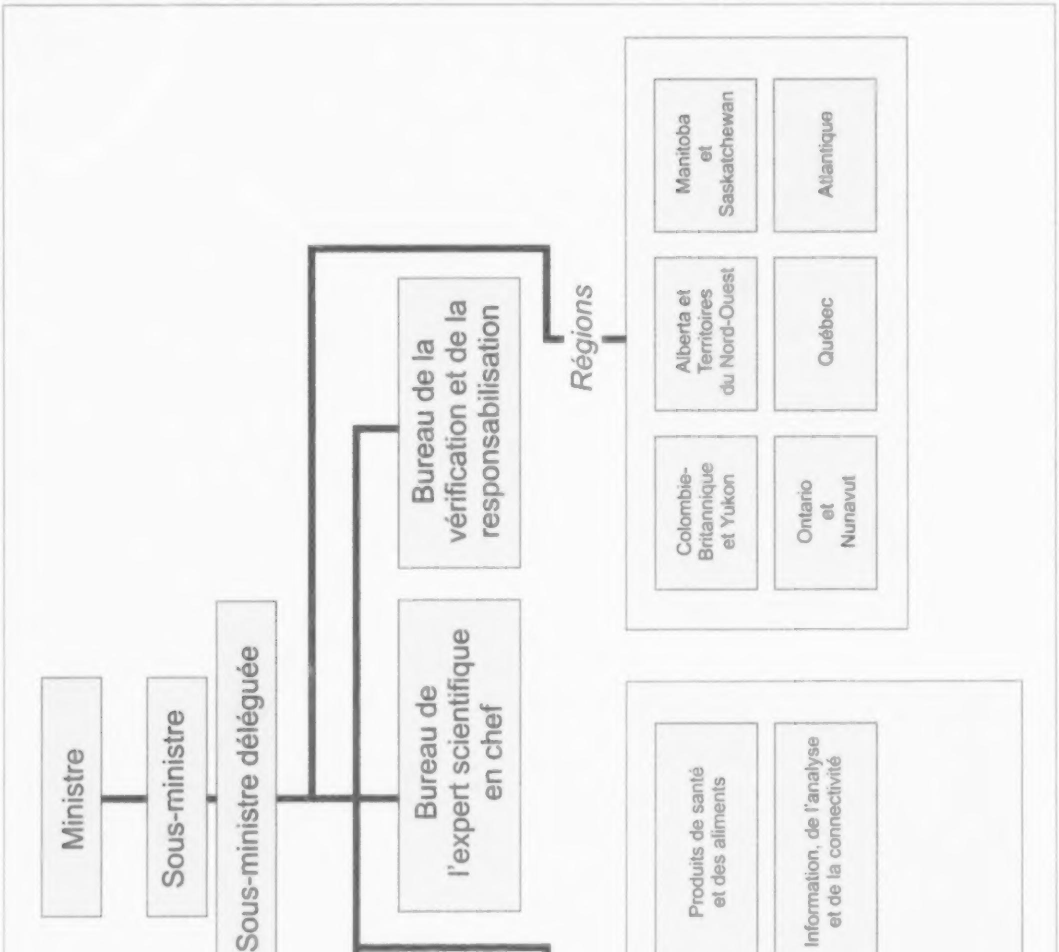
En 2002-2003, Santé Canada a financé, par l'entremise des programmes de la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, 1 730 projets mis en œuvre par des organismes régionaux et communautaires.

* Le laboratoire de Guelph qui se consacre aux zoonoses d'origine alimentaire a deux autres unités, soit l'une à Lethbridge (Alberta) et l'autre à Saint-Hyacinthe (Québec).

Santé Canada : Au travail, partout au pays



Remarque : La présente carte indique uniquement les endroits où Santé Canada assure une présence importante.
(*) Indique les localités où se trouvent les directeurs généraux régionaux.


Organigramme
Ministre
Sous-ministre
Sous-ministre déléguée
Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire
Bureau de l'expert scientifique en chef
Bureau de la vérification et de la responsabilisation
Directions générales
Politique de la santé et des communications
Santé de la population et de la santé publique
Produits de santé et des aliments
Santé environnementale et de la sécurité des consommateurs
Santé des Premières nations et des Inuits
Information, de l'analyse et de la connectivité
Services de gestion
Régions
Colombie-Britannique et Yukon
Alberta et Territoires du Nord-Ouest
Manitoba et Saskatchewan
Ontario et Nunavut
Québec
Atlantique

Améliorer la mesure du rendement

Le présent Rapport ministériel sur le rendement (RMR) a été rédigé alors que Santé Canada traversait une période de changement. En vue de soutenir des initiatives pangouvernementales, comme *Des Résultats pour les Canadiens et les Canadiennes*, le Ministère élabore un système de gestion du rendement axé largement sur les résultats pour la santé. L'objectif consiste à établir un ensemble de cadres qui harmoniseront et lieront clairement les résultats stratégiques visés, les priorités ministérielles et les indicateurs de rendement de haut niveau de Santé Canada avec les activités et responsabilités quotidiennes du Ministère.

Dans le cadre de ce processus, chacun des résultats stratégiques de Santé Canada sera défini de façon plus précise jusqu'à un maximum de six indicateurs de rendement qui insisteraient sur certains des plus importants résultats escomptés, et qui permettraient de les contrôler. Ainsi, on pourra utiliser l'information existante en vue de suivre les résultats en fonction des coûts, des avantages et de la rentabilité. Dans certains cas, cela peut supposer l'utilisation d'indicateurs faisant aussi partie intégrante des rapports sur l'état de santé, tel que convenu dans les accords sur la santé conclus par les premiers ministres. Cela favoriserait l'uniformité des rapports mis à contribution au moment de la préparation du rapport *Le rendement du Canada*, déposé annuellement par le président du Conseil du Trésor.

Santé Canada reconnaît que l'attribution des résultats dans le milieu de la santé, où le niveau de collaboration est élevé, constitue un défi. Cela peut supposer l'utilisation d'indicateurs qualitatifs lorsqu'il n'est pas possible de recourir à des indicateurs quantitatifs. Cela signifie aussi que les indicateurs de rendement peuvent tenir compte des déterminants de la santé, comme le renforcement de l'autonomie, les collectivités en santé et la cohésion sociale.

Le présent Rapport ministériel sur le rendement s'est inspiré des travaux d'élaboration du nouveau cadre de gestion du rendement, ainsi que des attentes du Secrétariat du Conseil du Trésor et du Bureau du vérificateur général du Canada, en évolution. Par conséquent, le présent RMR tente de cerner des mesures de l'impact, comme l'utilisation de recherches, de lignes directrices, de publications et d'autres outils de Santé Canada par les consommateurs et les professionnels de la santé de première ligne. Les auteurs du Rapport se sont aussi fondés sur des données d'évaluation et sur la rétroaction de partenaires.

Fiabilité des données sur le rendement

De nombreuses sources de données ont été utilisées dans la préparation du présent rapport. Les tableaux de la Section VII ont été produits au moyen des bases de données et des enquêtes de Statistique Canada sur la santé de la population, de données de l'organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) sur la santé, et de sources de données internes. Nombre de ces sources ont aussi été utilisées dans le cadre de la préparation de la Section III.

Statistique Canada – Statistiques démographiques (base de données sur les décès)

Le système d'enregistrement des décès couvre tous les décès qui se produisent au Canada. Le bureau central de l'état civil de chaque province et territoire fournit à Statistique Canada les données tirées des formulaires d'enregistrement de décès. Les décès sont codés selon la Classification internationale des maladies, et sont dénombrés selon l'âge et le sexe, et selon la province et le sexe. En raison des exigences juridiques de rapports avant l'enterrement ou toute autre disposition de la dépouille, l'enregistrement des décès est considéré comme très complet. Par conséquent, la base de données sur les décès est une source de données très fiable.

Statistique Canada – Enquêtes sur la population

Santé Canada utilise souvent les enquêtes sur la population pour mesurer l'état de santé des Canadiens. Santé Canada assure le financement ou reçoit les résultats de nombre d'enquêtes de Statistique Canada sur la santé de la population. Parmi les enquêtes utilisées aux fins de l'établissement des indicateurs contenus dans le présent rapport, mentionnons l'Enquête nationale sur la santé de la population, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada, et l'Enquête longitudinale sur les enfants et les jeunes.

On utilise les enquêtes sur la santé de la population pour évaluer certains indicateurs clés du rendement. Toutes les données provenant d'une enquête sur la population menée par Statistique Canada et utilisées dans le présent rapport affichent une marge d'erreur conforme aux lignes directrices de Statistique Canada relatives à la communication des données.

Données de l'OCDE sur la santé

À des fins de comparaisons internationales, on a utilisé les données annuelles publiées par l'OCDE. L'OCDE retient certaines variables favorisant la fiabilité et la comparabilité des données des divers pays. La fiabilité de ces indicateurs varie en fonction de la qualité du système d'information statistique du pays mesuré. Nous avons mis l'accent sur les données de pays du G7 afin d'assurer une meilleure comparabilité. De plus, en privilégiant ce groupe de pays, on jouit d'un avantage supplémentaire au

chapitre de la probabilité de fiabilité des données.

Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada

Les données sur les Premières nations et la population inuite sont tirées du rapport susmentionné, publié par Santé Canada en 2002. Ce rapport brosse un portrait national des conditions de vie et de l'état de santé actuels des Premières nations vivant dans des réserves au Canada. Les limites des données utilisées dans le cadre du présent rapport sont décrites plus en détail à l'adresse suivante : http://www.hc-sc.gc.ca/dgspni/ppas/ias/publications/profil_statistique.htm.

Sources de données internes

Les données de plusieurs sources internes ont été utilisées dans le cadre de la préparation du présent rapport, comme la base de données sur les maladies infectieuses et diverses évaluations. La fiabilité de certaines données internes est limitée par certains aspects, comme les différences au chapitre des définitions et les écarts à l'égard de certaines données.

Le travail avec les partenaires du portefeuille

Même si le présent Rapport se penche uniquement sur le travail de Santé Canada pendant l'exercice 2002-2003, le Ministère fait partie d'un portefeuille d'organismes plus large au Parlement, par l'entremise du ministre de la Santé. En particulier, le Ministère travaille en collaboration avec les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). Cette relation permet aux IRSC de veiller à ce que les recherches en santé qu'ils financent, tiennent compte des priorités globales du système de soins de santé et des enjeux naissants.

En raison de ses responsabilités dans le cadre du Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail, le Ministère interagit aussi avec le Conseil de contrôle des renseignements relatifs aux matières dangereuses (CCRRMD). Ce conseil, habilité par la *Loi sur le contrôle des renseignements relatifs aux matières dangereuses*, évalue les demandes de fabricants et de fournisseurs de produits susceptibles de présenter un danger qui souhaitent protéger certains secrets de fabrication. Le conseil se charge aussi de protéger la santé des travailleurs qui sont susceptibles d'entrer en contact avec ces produits.

Puisque Santé Canada et ses partenaires des gouvernements provinciaux et territoriaux examinent ensemble l'impact de la hausse du coût des médicaments sur l'ensemble des dépenses en santé, la collaboration avec le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB) a été utile. Le CEPMB est un organisme quasi judiciaire indépendant, créé en vertu de la *Loi sur les brevets*, qui a pour mandat de protéger les intérêts du consommateur dans la foulée de la protection accrue des produits pharmaceutiques au moyen de brevets. Un élément clé de son mandat consiste à s'assurer que les prix demandés par les fabricants de médicaments brevetés au Canada ne sont pas excessifs.

Section III :

Rendement du Ministère par résultat stratégique

A : Tableau des résultats stratégiques

Secteur d'activité : Politique en matière de soins de santé

Responsabilité : SMA, Direction générale de la politique de la santé et des communications

Dépenses réelles, 2002-2003 : 133,1 millions de dollars

Équivalents temps plein : 422

Résultat stratégique *La formulation de certains résultats stratégiques peut être différente de celle qu'on retrouve dans des documents publiés antérieurement, en raison de l'évolution du Cadre de gestion du rendement.*	**Attentes relatives au rendement** *Les attentes relatives au rendement qui figurent ci-dessous ont été énoncées à titre de Résultats stratégiques dans le Rapport sur les plans et les priorités (RPP) pour 2002-2003.*	**Priorités** *Selon le RPP de 2002-2003*
Un système de soins de santé solide et durable	AR 1.1 Services hospitaliers et médicaux financés par l'État conformément aux principes de la *Loi canadienne sur la santé*.	Maintien de la *Loi canadienne sur la santé* et collaboration avec les provinces et territoires pour s'assurer que tous les gouvernements respectent leurs engagements envers ses principes.
	AR 1.2 Initiatives et approches qui renforcent le système de soins de santé canadien.	Réalisation des engagements pris par les premiers ministres dans le cadre de l'accord en matière de santé conclu par les premiers ministres en septembre 2000.
		Initiatives et projets d'analyse visant à suivre de près et à comprendre les enjeux clés actuels et futurs en matière de soins de santé, de même qu'à fournir des conseils stratégiques fondés sur des données probantes.
		Appui à la prestation de soins de fin de vie/palliatifs de qualité au sein du système de soins de santé canadien.
		Appui à la prestation de services de santé efficaces pour les femmes au Canada.
	AR 1.3 Partenariats entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, les principaux intervenants, les Canadiens et les organisations internationales.	Partenariats efficaces et productifs.
		Élaboration et diffusion de connaissances sur les politiques et pratiques en matière de santé par la participation à des conférences, réunions et dialogues de nature internationale et par l'organisation de ces activités.
		Prise de position du Canada sur les enjeux stratégiques internationaux, en conformité avec les objectifs stratégiques en matière de santé.

Secteur d'activité : Promotion et protection de la santé

Secteur de service : Santé de la population et santé publique

Responsabilité : SMA, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique

Dépenses réelles, 2002-2003 : 415,5 millions de dollars

Équivalents temps plein : 1 282

Résultat stratégique *La formulation de certains résultats stratégiques peut être différente de celle qu'on retrouve dans des documents publiés antérieurement, en raison de l'évolution du Cadre de gestion du rendement.*	**Attentes relatives au rendement** *Le RPP de 2002-2003 énonce quatre résultats stratégiques pour le secteur de service Santé de la population et santé publique. Dans le cadre de nos efforts continus pour améliorer la reddition de comptes, les attentes relatives au rendement ont été redéfinies.*	**Priorités** *Selon le RPP de 2002-2003*
Une population en meilleure santé grâce à la promotion de la santé et à la prévention des maladies	AR 2.1 Promouvoir des modes de vie sains.	Sensibilisation accrue du public aux méthodes de prévention et de contrôle des maladies chroniques. Renforcement de la capacité de prévenir et de contrôler les maladies chroniques aux échelons national, provincial et communautaire. Amélioration de la santé des Canadiens par la prévention de la violence familiale et la promotion de la santé mentale, de la bonne condition physique et de la vie active. Partager l'information et accroître la capacité des communautés à améliorer la santé et le bien-être des enfants, des aînés et des Canadiens vivant en milieu rural. Relations efficaces avec les intervenants, les organismes bénévoles nationaux, les organismes non gouvernementaux et les partenaires provinciaux et territoriaux. Renforcement de la capacité de recherche et d'analyse axées sur la population en ce qui concerne les mauvais traitements et la négligence à l'égard des enfants.
	AR 2.2 Prévenir les maladies.	Amélioration de l'état de santé des personnes affectées ou infectées par le VIH/sida et l'hépatite C, au moyen de projets de promotion de la santé et de soutien à la recherche approuvée par les pairs. Contribution à l'élaboration d'initiatives d'immunisation ainsi que de programmes de prévention et de contrôle pour les maladies transmises par les aliments ou par l'eau, les zoonoses, les maladies transmissibles sexuellement, les maladies transmissibles par le sang, les maladies respiratoires et les infections acquises en établissement.
	AR 2.3 Protéger la santé des Canadiens en renforçant les mesures d'urgence et la capacité d'intervention.	Coordination et communication efficaces entre les systèmes de surveillance; application rapide de l'information à la planification des situations d'urgence et à l'intervention en situation d'urgence.
	AR 2.4 Aider à promouvoir la santé et à prévenir et contenir la maladie en renforçant la surveillance et la recherche.	Amélioration de la capacité de surveillance de la santé. Augmentation des connaissances scientifiques sur les risques pour la santé humaine associés aux agents entéropathogènes présents chez les animaux et dans l'environnement.

Secteur d'activité : Promotion et protection de la santé

Secteur de service : Produits de santé et aliments

Responsabilité : SMA, Direction générale des produits de santé et des aliments

Dépenses réelles, 2002-2003 : 144,5 millions de dollars

Équivalents temps plein : 1 625

Résultat stratégique *La formulation de certains résultats stratégiques peut être différente de celle qu'on retrouve dans des documents publiés antérieurement, en raison de l'évolution du Cadre de gestion du rendement.*	**Attentes relatives au rendement** *Les attentes relatives au rendement qui figurent ci-dessous ont été énoncées à titre de Résultats stratégiques dans le Rapport sur les plans et les priorités (RPP) pour 2002-2003.*	**Priorités** *Selon le RPP de 2002-2003*
Produits de santé et aliments sûrs	AR 2.5 Protection de la population canadienne contre les facteurs de risque associés aux produits de santé et aux aliments.	Préparation efficace aux situations d'urgence et à l'intervention.
		Évaluation et gestion efficaces, rapides et pertinentes des risques associés aux aliments.
		Programme de réglementation plus efficace, plus rapide et plus pertinent pour les médicaments, les aliments, les matériels médicaux, les produits biologiques, les produits de santé naturels et les thérapies génétiques.
		Programmes de réglementation des médicaments à usage vétérinaire plus efficaces.
	AR 2.6 Approche intégrée de la gestion des risques pour la santé associés aux produits de santé et aux aliments, grâce à des activités scientifiques, stratégiques, de protection, de promotion et d'information.	Approche cohérente et intégrée pour l'élaboration et la mise en œuvre de politiques et règlements reliés aux produits de santé et aux aliments.
		Participation des Canadiens aux discussions et consultations portant sur les politiques et programmes reliés aux produits de santé et aux aliments.
	AR 2.7 Adoption de comportements sains par la population canadienne.	Communication au public d'information et d'outils à jour et précis sur les comportements sains associés aux produits de santé et aux aliments.

Secteur d'activité : Promotion et protection de la santé

Secteur de service : Santé environnementale et sécurité des consommateurs

Responsabilité : SMA, Direction générale de la santé environnementale et de la sécurité des consommateurs

Dépenses réelles, 2002-2003 : 210,5 millions de dollars

Équivalents temps plein : 1 250

Résultat stratégique *La formulation de certains résultats stratégiques peut être différente de celle qu'on retrouve dans des documents publiés antérieurement, en raison de l'évolution du Cadre de gestion du rendement.*	**Attentes relatives au rendement** *Les attentes relatives au rendement qui figurent ci-dessous ont été énoncées à titre de Résultats stratégiques dans le Rapport sur les plans et les priorités (RPP) pour 2002-2003.*	**Priorités** *Selon le RPP de 2002-2003*
Environnements plus sains et produits plus sûrs pour la population canadienne	AR 2.8 Diminution des risques en matière de santé et de sécurité et meilleure protection contre les dommages associés aux dangers dans le milieu de travail, aux risques environnementaux, aux produits de consommation (incluant les cosmétiques), aux dispositifs émettant des radiations, aux nouvelles substances chimiques et aux produits de la biotechnologie.	Protéger la santé et le bien-être des Canadiens en cas de catastrophe naturelle ou causée par l'homme. Réduire l'exposition aux dangers reliés à l'environnement et aux radiations cliniques. Augmenter les connaissances sur les effets des polluants et des changements climatiques sur la santé; diminuer l'exposition des Canadiens aux substances toxiques présentes dans l'environnement. Réduire les conséquences des projets de développement sur la santé humaine, grâce à une connaissance accrue de leurs incidences sur les déterminants de la santé. Réduire l'exposition des Canadiens aux dangers associés aux produits de consommation (incluant les cosmétiques), aux dispositifs émettant des radiations, aux produits chimiques commerciaux et aux produits de la biotechnologie. Réduire l'exposition des voyageurs aux dangers pour la santé, à l'intérieur du Canada. Contribuer à accroître l'efficacité, la productivité et la compétitivité organisationnelles en améliorant la santé, la sécurité et le bien-être des travailleurs.
	AR 2.9 Diminution des risques en matière de santé et de sécurité associés au tabac et à l'abus de drogues, d'alcool et d'autres substances contrôlées.	Démontrer un leadership national et gérer des programmes visant à réduire et à prévenir les dommages associés aux drogues, à l'alcool et à d'autres substances contrôlées. Réduire le tabagisme et enrayer les maladies et les décès qu'il provoque au Canada.

Secteur d'activité : Promotion et protection de la santé

Secteur de service : Réglementation de la lutte antiparasitaire

Responsabilité : Directrice exécutive, Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire

Dépenses réelles, 2002-2003 : 31,7 millions de dollars

Équivalents temps plein : 404

Résultat stratégique *La formulation de certains résultats stratégiques peut être différente de celle qu'on retrouve dans des documents publiés antérieurement, en raison de l'évolution du Cadre de gestion du rendement.*	**Attentes relatives au rendement** *Les attentes relatives au rendement qui figurent ci-dessous ont été énoncées à titre de Résultats stratégiques dans le Rapport sur les plans et les priorités (RPP) pour 2002-2003.*	**Priorités** *Selon le RPP de 2002-2003*
Des produits et des programmes de lutte antiparasitaires durables pour les Canadiens	AR 2.10 Produits de lutte antiparasitaires sûrs et efficaces.	Décisions réglementaires fondées sur des activités scientifiques solides et à jour. Processus de réglementation ouvert, transparent et participatif et accès rapide à des produits sécuritaires et efficaces.
	AR 2.11 Conformité à la *Loi sur les produits antiparasitaires* et à son règlement.	Conformité avec les exigences relatives à l'importation, à l'emballage, à la fabrication, à la distribution, à l'étiquetage, à la vente et à l'utilisation des pesticides.
	AR 2.12 Pratiques de lutte antiparasitaire durables, qui réduisent la dépendance à l'égard des pesticides.	Élaboration et application d'une politique de réduction des risques associés aux pesticides.

Secteur d'activité : Santé des Premières nations et des Inuits

Responsabilité : SMA, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits

Dépenses réelles, 2002-2003 : 1 465,4 millions de dollars

Équivalents temps plein : 1 685

Résultat stratégique *La formulation de certains résultats stratégiques peut être différente de celle qu'on retrouve dans des documents publiés antérieurement, en raison de l'évolution du Cadre de gestion du rendement.*	**Attentes relatives au rendement** *Les attentes relatives au rendement qui figurent ci-dessous ont été énoncées à titre de Résultats stratégiques dans le Rapport sur les plans et les priorités (RPP) pour 2002-2003.*	**Priorités** *Selon le RPP de 2002-2003*
Premières nations et Inuits en meilleure santé grâce à la prestation, faite en collaboration, de services de promotion de la santé, de prévention des maladies et de services de soins de santé	AR 3.1 Amélioration de l'accès aux services et de la qualité des services, résultants en une meilleure qualité de vie, un plus grand nombre d'années en santé et une diminution sensible des décès, maladies et invalidités qui peuvent être prévenus.	Investir dans la santé des Premières nations et des Inuits en fournissant des services de santé publique et de soins primaires de la façon la plus efficace et durable possible.
	AR 3.2 Système de soins de santé renforcé.	Coopération et collaboration entre le gouvernement fédéral, les communautés des Premières nations et des Inuits, les provinces et territoires, et les fournisseurs de services afin de moderniser et d'adapter le système de services de santé pour les Premières nations et les Inuits.
	AR 3.3 Information et connaissances plus solides pour soutenir la prise de décisions fondées sur des données probantes.	Améliorer et intégrer l'information et les connaissances sur les indicateurs de santé et les soins de santé afin d'améliorer la prestation des services, la planification et l'évaluation des programmes.
	AR 3.4 Services de santé durables et responsables, qui appuient un système de santé moderne pour les Premières nations et les Inuits, dans un contexte d'autonomie et de contrôle accrus de leur part.	Mettre en place des mesures souples, durables, efficaces et responsables qui favoriseront la bonne santé des individus, des familles et des communautés tout en rendant mieux compte des résultats des investissements dans les programmes et les services, en cernant les lacunes dans les services, en améliorant la capacité de service, en mesurant le rendement et en améliorant les pratiques de gestion globales.
		Augmenter la capacité de Santé Canada et des communautés des Premières nations et des Inuits de gérer les fonds transférés de façon responsable.

Secteur d'activité : Gestion de l'information et du savoir

Responsabilité : SMA, Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité

Dépenses réelles, 2002-2003 : 111,1 millions de dollars

Équivalents temps plein : 636

Résultat stratégique *La formulation de certains résultats stratégiques peut être différente de celle qu'on retrouve dans des documents publiés antérieurement, en raison de l'évolution du Cadre de gestion du rendement.*	**Attentes relatives au rendement** *Les attentes relatives au rendement qui figurent ci-dessous ont été énoncées à titre de Résultats stratégiques dans le Rapport sur les plans et les priorités (RPP) pour 2002-2003.*	**Priorités** *Selon le RPP de 2002-2003*
Ensemble de données probantes amélioré et utilisation accrue des technologies de l'information et des communications pour appuyer la prise de décisions en santé	AR 4.1 Infostructure nationale de la santé qui fonctionne bien et qui protège les renseignements personnels tout en fournissant de l'information pour appuyer la prise de décisions et la responsabilisation envers la population.	Progrès importants par rapport aux principales priorités pour la mise en place d'une infostructure pancanadienne de la santé, tel que recommandé dans la mise à jour du Plan tactique 2001, approuvée par les sous-ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé. Démontrer les possibilités d'amélioration mesurable de la qualité, de l'accessibilité et de l'efficacité des systèmes et services de santé, grâce à l'utilisation des technologies de l'information et des communications.
	AR 4.2 Décisions stratégiques en matière de santé fondées sur des données probantes; meilleure compréhension des questions liées aux soins de santé.	Augmenter les données et les analyses sur la santé des Canadiens et le rendement du système de soins de santé. Faire en sorte que les décideurs en matière de santé comprennent mieux les questions relatives aux ressources humaines auxquelles les professionnels de la santé sont confrontés. Mettre en place un système d'information qui permettra au Ministère d'accéder directement à une vaste gamme de données sur l'état de santé, ses déterminants et le rendement du système de soins de santé.
	AR 4.3 Responsabilisation à l'égard des programmes, des politiques et des fonctions de Santé Canada et efficacité de ces éléments.	Collaborer avec les provinces et territoires afin d'élaborer un cadre complet de présentation de rapports sur les indicateurs de santé comparables, les résultats de santé et la qualité des services, de façon que chaque gouvernement puisse commencer à produire des rapports en septembre 2002, tel que convenu dans l'accord entre les premiers ministres de septembre 2000. Au sein de Santé Canada, renforcer la fonction d'évaluation afin de soutenir les examens, évaluations et décisions stratégiques ainsi que l'élaboration et la mise en œuvre de mesures du rendement appropriées. Augmenter la capacité, la vitesse et la sécurité de l'infrastructure ministérielle de technologie de l'information.

Secteur d'activité :	Gestion et administration ministérielles
Responsabilité :	SMA, Direction générale des services de gestion SMA, Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité Directeurs généraux régionaux Directeur général exécutif, Bureau de la vérification et de la responsabilisation Expert scientifique en chef Bureaux exécutifs
Dépenses réelles, 2002-2003 :	206,1 millions de dollars
Équivalents temps plein :	1 529

Résultat stratégique *La formulation de certains résultats stratégiques peut être différente de celle qu'on retrouve dans des documents publiés antérieurement, en raison de l'évolution du Cadre de gestion du rendement.*	**Attentes relatives au rendement** *Les attentes relatives au rendement qui figurent ci-dessous ont été énoncées à titre de Résultats stratégiques dans le Rapport sur les plans et les priorités (RPP) pour 2002-2003.*	**Priorités** *Selon le RPP de 2002-2003*
Soutien efficace pour la prestation des programmes de Santé Canada	AR 5.1 Amélioration continue de la prestation de services administratifs centraux opportuns et de qualité ainsi que de la promotion de saines pratiques de gestion, y compris la fonction de contrôleur moderne, les subventions et contributions, la responsabilisation en matière d'octroi de contrats et la gestion des ressources humaines.	Soutien efficace à l'exécution des programmes de Santé Canada et à l'application de saines pratiques de gestion dans tout le Ministère, y compris la fonction de contrôleur moderne. Par l'entremise des directeurs généraux régionaux et de leurs équipes, exécution efficace des programmes de Santé Canada dans les régions, adaptée aux besoins locaux. Par l'intermédiaire du Bureau de l'expert scientifique en chef, amélioration de la capacité du Ministère de produire des résultats et de mobiliser l'excellence dans les sciences de la santé et la recherche en santé afin d'assurer la santé et la sécurité des Canadiens.

B : Réalisations en matière de rendement, par résultat stratégique

Un système de soins de santé solide et durable

Objectif

Assumer un rôle de leader en collaboration avec les provinces et les territoires, les professionnels de la santé, les administrateurs et les autres intervenants clés en mettant l'accent sur l'élaboration d'une vision commune du système de santé canadien; définir les priorités clés et les approches de mise en œuvre afin d'améliorer la rapidité de l'accès ainsi que la qualité et l'intégration des services de santé (primaires, communautaires, de courte durée, à domicile et de longue durée) en vue de mieux répondre aux besoins des Canadiens en matière de santé, peu importe l'endroit où ils habitent ou leur situation financière.

Information financière

En millions de dollars	Dépenses prévues 2002-2003	Total des crédits autorisés 2002-2003	Dépenses réelles 2002-2003
Dépenses nettes	227,4 $	133,1 $	133,1 $*

* Cette somme représente 4,9 % des dépenses réelles du Ministère.

L'écart entre les dépenses prévues et les crédits autorisés est principalement attribuable à la modification du profil de financement du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (FASSP), car des paiements de transfert ont été reportés aux exercices 2004-2005 et 2005-2006.

B : Réalisations en matière de rendement, par résultat stratégique

Un système de soins de santé solide et durable

Objectif

Assumer un rôle de leader en collaboration avec les provinces et les territoires, les professionnels de la santé, les administrateurs et les autres intervenants clés en mettant l'accent sur l'élaboration d'une vision commune du système de santé canadien; définir les priorités clés et les approches de mise en œuvre afin d'améliorer la rapidité de l'accès ainsi que la qualité et l'intégration des services de santé (primaires, communautaires, de courte durée, à domicile et de longue durée) en vue de mieux répondre aux besoins des Canadiens en matière de santé, peu importe l'endroit où ils habitent ou leur situation financière.

Information financière

En millions de dollars	Dépenses prévues 2002-2003	Total des crédits autorisés 2002-2003	Dépenses réelles 2002-2003
Dépenses nettes	227,4 $	133,1 $	133,1 $*

* Cette somme représente 4,9 % des dépenses réelles du Ministère.

L'écart entre les dépenses prévues et les crédits autorisés est principalement attribuable à la modification du profil de financement du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (FASSP), car des paiements de transfert ont été reportés aux exercices 2004-2005 et 2005-2006.

Introduction

Santé Canada a joué un rôle clé en 2002-2003 en définissant le renouvellement du système de soins de santé du Canada. Le Ministère a affecté plus de 133 millions de dollars au soutien de cet objectif. Ces activités ont aidé à tenir les engagements de l'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé, lequel prévoit un plan d'action pour offrir aux Canadiens un accès rapide à des soins de santé de qualité.

Attentes relatives au rendement (AR) 1.1 : Services hospitaliers et médicaux financés par l'État conformément aux principes de la *Loi canadienne sur la santé*.

Priorité énoncée dans le Rapport de 2002-2003 sur les plans et priorités (RPP)

Maintien de la *Loi canadienne sur la santé* et collaboration avec les provinces et territoires pour s'assurer que tous les gouvernements respectent leurs engagements envers ses principes.

Santé Canada continue de déployer des efforts pour faire en sorte que tous les résidents admissibles du Canada aient un accès raisonnable aux services hospitaliers et médicaux jugés médicalement nécessaires, selon des modalités uniformes.

Santé Canada assure l'administration de la *Loi canadienne sur la santé* (LCS), y compris l'analyse et le règlement des questions de conformité avec les provinces et les territoires. La LCS énonce les conditions d'accès et d'octroi liées aux services de santé assurés et aux services de santé complémentaires que les provinces et les territoires doivent respecter pour toucher la totalité de la contribution financière fédérale prévue dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS).

En 2002, afin de rendre le processus aussi concerté que possible, la ministre fédérale de la Santé a obtenu l'accord des provinces et des territoires (à l'exception du Québec) pour un nouveau mécanisme de règlement et de prévention des différends liés à la LCS et à son interprétation.

Santé Canada a continué d'interagir et de collaborer de façon régulière et permanente avec les provinces et les territoires, et d'intervenir auprès d'eux, aux fins de l'administration de la LCS, en vue d'assurer aux Canadiens un accès approprié et rapide aux services de soins de santé publics tout en offrant aux provinces et aux territoires la souplesse dont ils ont besoin pour dispenser ces services d'une façon responsable sur le plan financier. Les agents de Santé Canada entretiennent des rapports réguliers avec les représentants des ministères provinciaux et territoriaux de la Santé et les administrateurs de régimes d'assurance-maladie afin de contribuer à la résolution des problèmes couramment éprouvés par les Canadiens en ce qui concerne l'admissibilité à la protection et la transférabilité des services de santé à l'intérieur et à l'extérieur du Canada.

AR 1.2 : Initiatives et approches qui renforcent le système de soins de santé canadien.

Priorités énoncées dans le RPP de 2002-2003

Réalisation des engagements pris par les premiers ministres dans le cadre de l'accord en matière de santé conclu par les premiers ministres en septembre 2000.

Initiatives et projets d'analyse visant à suivre de près et à comprendre les enjeux clés actuels et futurs en matière de soins de santé, de même qu'à fournir des conseils stratégiques fondés sur des données probantes.

Appui à la prestation de soins de fin de vie/palliatifs de qualité au sein du système de soins de santé canadien.

Appui à la prestation de services de santé efficaces pour les femmes au Canada.

Renouvellement des soins de santé

Le renouvellement des soins de santé est une initiative à long terme. Dans l'accord sur la santé conclu par les premiers ministres en septembre 2000, le gouvernement du Canada s'est engagé à investir 18,9 milliards de dollars sur cinq ans dans la santé, ainsi que 2,3 milliards de dollars dans les équipements médicaux, les technologies d'information en santé et la réforme des soins de santé primaires. En 2002-2003, Santé Canada a continué à soutenir la mise en œuvre de ces initiatives.

Pendant cette période, les gouvernements ont aussi mis sur pied des commissions d'enquête pour étudier les préoccupations des Canadiens en ce qui concerne la qualité des soins de santé. Le gouvernement du Canada a créé la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, présidée par Roy Romanow, dont le rapport a été déposé à la Chambre des communes par la ministre de la Santé, en novembre 2002.

Tous ces rapports concluent que les principales préoccupations des Canadiens tournent autour de l'accessibilité de la qualité et de la durabilité à long terme. Santé Canada a soutenu les efforts déployés par le gouvernement du Canada pour renouveler le système de soins de santé, en lui prodiguant des conseils stratégiques éclairés.

En février 2003, conformément au désir des Canadiens et dans la foulée de l'accord de 2000 sur la santé, les premiers ministres ont signé l'Accord sur le renouvellement des soins de santé. Misant sur une collaboration et un partenariat accrus, l'accord établit un plan d'action pour que les Canadiens jouissent d'un accès rapide à des soins de santé de qualité, en fonction non pas de leur capacité de payer, mais bien de leurs besoins. Pour soutenir la mise en œuvre de l'accord, le budget fédéral de 2003 affecte 34,8 milliards de dollars sur cinq ans à des investissements supplémentaires visant à soutenir les soins de santé. On peut trouver des détails à http://www.fin.gc.ca/budget03/bp/bpc3f.htm#health et dans le Rapport sur les plans et priorités de 2003-2004.

Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires

La réforme des soins de santé primaires aidera à faire en sorte que les Canadiens aient accès aux professionnels de la santé appropriés lorsqu'ils en ont besoin. Santé Canada a continué de mettre en œuvre des initiatives avec l'aide du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires, tel qu'annoncé dans l'accord de 2000. Afin d'accélérer la réforme des soins de santé primaires, le Fonds fournit du soutien à l'égard des coûts de transition liés aux changements fondamentaux et durables qui sont apportés à l'organisation, au financement et à la prestation des services de soins de santé primaires. Huit des 13 propositions de la catégorie de financement « provincial/territorial » ont obtenu l'aval ministériel, et le processus d'appel de propositions et d'approbation dans quatre autres catégories de financement se poursuivra en 2003-2004.

Gestion des produits pharmaceutiques

Il est essentiel de gérer les produits pharmaceutiques pour que les Canadiens aient accès à des médicaments appropriés et de prix raisonnable. Santé Canada a joué un rôle directeur dans le cadre de la collaboration fédérale-provinciale-territoriale pour la gestion des produits pharmaceutiques, et a analysé les écarts entre les Canadiens en ce qui concerne la couverture des médicaments nécessaires.

En septembre 2002, les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé ont approuvé un processus d'examen commun des médicaments, qui procurera aux gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux des examens thérapeutiques et économiques plus rigoureux et plus uniformes pour les nouveaux médicaments, tout en réduisant les chevauchements. On s'attend à ce que les premiers examens commencent à l'été 2003.

Ressources humaines en santé

Santé Canada continue de jouer un rôle de leader au chapitre des ressources humaines en santé. Pour faire en sorte que les Canadiens aient accès aux professionnels de la santé dont ils ont besoin, maintenant et dans l'avenir, il est crucial d'assurer une planification et une gestion appropriées des ressources humaines en santé, y compris l'amélioration de la base d'information destinée à la prise de décisions.

Santé Canada, de concert avec Développement des ressources humaines Canada (DRHC), continue de soutenir la conception d'outils permettant de prévoir (à partir de l'offre et de la demande) les besoins en médecins, en infirmières, en pharmaciens et en spécialistes de la santé buccodentaire. Le projet national de modélisation des ressources humaines en santé de Santé Canada pour les médecins et les infirmières, de Santé Canada, a d'abord été élaboré en collaboration avec Alberta Health and Wellness. D'autres provinces ont depuis exprimé leur désir de travailler avec Santé Canada pour créer leur propre capacité de

modélisation. Santé Canada a aussi aidé quatre professions paramédicales (physiothérapeutes, techniciens-spécialistes de laboratoire médical, techniciens en radiation médicale, sages-femmes) à examiner et à analyser leurs sources de données.

En juin 2002, Santé Canada a donné des fonds pour l'élaboration des Directives sur la santé en milieu de travail pour le personnel infirmier au Canada. De plus, le Comité consultatif canadien des soins infirmiers (CCCSI) a déposé son rapport final, intitulé *Notre santé, notre avenir*, en août 2002. Le rapport du CCCSI énonce les principaux obstacles à un milieu de travail de qualité pour les infirmières, notamment le besoin d'accroître le nombre d'infirmières, d'améliorer leur formation, de maximiser leur cadre de fonction, et d'améliorer leurs conditions de travail.

Afin de mieux comprendre les besoins en ressources humaines en santé, Santé Canada continue de prendre part à des études sectorielles et professionnelles, en partenariat avec DRHC et d'autres ministères et organismes clés. Au printemps 2003, on s'est entendu sur des stratégies et des recommandations pour relever les défis liés aux ressources humaines dans le domaine des soins à domicile.

Sécurité des patients et santé rurale

L'amélioration de la sécurité des patients est un aspect clé d'un système de soins de santé de qualité. Par le biais de son soutien financier et de sa participation aux travaux du Comité directeur national sur la sécurité des patients (CDNSP), Santé Canada a collaboré avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et les intervenants clés pour améliorer la sécurité des patients au sein du système canadien de soins de santé. L'accord de 2003 prévoit la mise en œuvre d'une stratégie nationale d'amélioration de la sécurité des patients et appuie les recommandations du rapport *Accroître la sécurité du système*, déposé par le CDNSP en septembre 2002.

En novembre 2002, le Conseil consultatif ministériel sur la santé rurale a présenté un rapport à la ministre de la Santé sur l'accès aux services de soins de santé dans les régions rurales, et sur la qualité de ces services. Le rapport a été utilisé dans le cadre des discussions préalables à l'accord de 2003. On peut consulter le rapport à : http://www.hc-sc.gc.ca/francais/santerurale/mains_rurales.html.

Soins à domicile et soins palliatifs/de fin de vie

À la demande de Santé Canada, Decima Research a produit le Profil national des personnes soignantes au Canada, qui a été largement diffusé. On a aussi fourni du soutien à la ministre fédérale responsable des Aînés en vue de la formulation d'options stratégiques pour le soutien des aidants naturels et non professionnels.

On a établi cinq groupes de travail à l'automne 2002; tous les groupes de travail participent activement à l'élaboration d'une Stratégie canadienne sur les soins palliatifs et les soins de fin de vie.

Santé des femmes

Les recherches menées par les quatre Centres d'excellence pour la santé des femmes ont permis une meilleure connaissance des facteurs qui influent sur la santé et le bien-être des femmes. On s'est notamment penché sur la santé des femmes à faible revenu, des femmes en milieu rural et des immigrantes, ainsi que sur la santé mentale des femmes. L'évaluation des programmes de santé quant à leur sensibilité aux différences entre les sexes a mené à l'élaboration et à la mise en œuvre de plans et de services axés sur les femmes par certains gouvernements provinciaux et certains organismes de prestation de services. Les Centres et le Réseau canadien pour la santé des femmes continuent d'explorer les mécanismes de communication et de diffusion d'information sur la santé des femmes.

Par l'entremise du Programme de contribution pour la santé des femmes, Santé Canada a financé le Comité coordonnateur des femmes et de la réforme en santé, lequel a analysé et compilé la recherche relative à l'impact de l'évolution des soins de santé sur les femmes. Les conclusions et les recommandations ont été présentées aux autorités fédérales, provinciales et régionales, ainsi qu'aux universitaires et au grand public. De plus, par l'intermédiaire du Programme de contribution pour la santé des femmes, on a renforcé les liens avec les organismes de femmes en vue de fournir de l'information au sujet de l'incidence des politiques et programmes de protection de la santé et de gestion des risques sur la santé des femmes. On peut obtenir de l'information sur le Comité coordonnateur des femmes et de la réforme en santé à : http://www.cewh-cesf.ca/reformesante/index.html.

AR 1.3 : Partenariats entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, les principaux intervenants, les Canadiens et les organisations internationales.

Priorités énoncées dans le RPP de 2002-2003

Partenariats efficaces et productifs.

Élaboration et diffusion de connaissances sur les politiques et pratiques en matière de santé par la participation à des conférences, réunions et dialogues de nature internationale et par l'organisation de ces activités.

Prise de position du Canada sur les enjeux stratégiques internationaux, en conformité avec les objectifs stratégiques en matière de santé.

Santé Canada s'est engagé à partager à l'échelle internationale les expériences et les connaissances du Canada en matière de soins de santé. En 2002-2003, Santé Canada a organisé plusieurs événements de haute visibilité, comme la participation de la ministre canadienne à l'Assemblée mondiale de la Santé et à la rencontre des ministres de la Santé du Commonwealth, et une participation au Conseil directeur de

l'Organisation panaméricaine de la santé. Santé Canada a aussi joué un rôle clé dans la préparation des discussions sur la santé pour le Sommet du G8 ainsi que pour le prochain Sommet panaméricain, qui se tiendra à l'automne 2003, au Mexique. De plus, Santé Canada a coordonné efficacement la participation du Canada à la conférence de Barcelone sur le sida.

Santé Canada veille à ce que le droit du Canada de réglementer et de protéger ses services de santé soit pleinement protégé sous le régime des diverses ententes multilatérales et bilatérales auxquels le Canada est partie, y compris celles relevant de l'Organisation mondiale de la santé et de l'Accord de libre-échange nord-américain. Ainsi, le Canada et les gouvernements provinciaux et territoriaux conservent la souplesse et le contrôle dont ils ont besoin pour fonctionner et déterminer ce qui convient le mieux au système de santé. Santé Canada continue de travailler avec le ministère des Affaires étrangères et du Commerce international pour faire en sorte que le système de soins de santé du Canada soit protégé dans le cadre des négociations commerciales multilatérales actuelles et futures.

Sites Web pertinents

Accord de 2000 des premiers ministres sur la santé

http://www.scics.gc.ca/cinfo00/800038004_e.html

http://www.scics.gc.ca/cinfo00/800038004_f.html

Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé

http://www.hc-sc.gc.ca/english/hca2003/index.html

[illegible]/index.html

Les Canadiens en santé – Rapport fédéral sur les indicateurs comparables de la santé 2002

http://www.hc-sc.gc.ca/iacb-dgiac/arad-draa/english/accountability/indicators.html

http://www.hc-sc.gc.ca/iacb-dgiac/arad-draa/francais/imputabilite/indicateurs.html

Profil national des personnes soignantes membres de la famille au Canada

http://www.hc-sc.gc.ca/english/care/nat_profile02/1.html

http://www.hc-sc.gc.ca/francais/soins/profil_nat02/1.html

Bureau de la politique des soins infirmiers

http://www.hc-sc.gc.ca/onp-bpsi/english/index_e.html

http://www.hc-sc.gc.ca/onp-bpsi/francais/index_f.html

Une population en meilleure santé grâce à la promotion de la santé et à la prévention des maladies

Objectif

Promouvoir la santé, prévenir et contrôler les blessures et les maladies.

Information financière

En millions de dollars	Dépenses prévues 2002-2003	Total des crédits autorisés 2002-2003	Dépenses réelles 2002-2003
Dépenses brutes	378,9 $	420,2 $	415,6 $
Recettes	0,0	(0,1)	(0,1)
Dépenses nettes	378,9 $	420,1 $	415,5 $*

* Cette somme représente 51,8 % des dépenses réelles du secteur d'activité de la Promotion et de la protection de la santé.

L'écart entre les crédits autorisés et les dépenses prévues est principalement attribuable aux facteurs suivants :

- le transfert des ressources liées à la gestion, à la responsabilisation et à la présentation des rapports pour les initiatives de l'Infostructure canadienne de la santé (ICS) du secteur d'activité de la Gestion de l'information et du savoir;
- l'octroi de nouvelles ressources pour l'acquisition de vaccins antivarioliques et de fournitures médicales;
- l'obtention de ressources additionnelles pour l'initiative de sécurité publique et de lutte contre le terrorisme (SPLT) et les programmes de recherche et développement en génomique.

Les dépenses réelles sont de 4,6 millions de dollars inférieures au total des dépenses autorisées en raison d'une non-utilisation de ressources liées à la Stratégie de préparation et d'intervention d'urgence contre la variole. Ces ressources seront reportées à l'exercice 2003-2004, car elles sont nécessaires pour terminer les activités s'inscrivant dans cette initiative.

Une population en meilleure santé grâce à la promotion de la santé et à la prévention des maladies

Objectif

Promouvoir la santé, prévenir et contrôler les blessures et les maladies.

Information financière

En millions de dollars	Dépenses prévues 2002-2003	Total des crédits autorisés 2002-2003	Dépenses réelles 2002-2003
Dépenses brutes	378.9 $	420.2 $	415.6 $
Recettes	0.0	(0.1)	(0.1)
Dépenses nettes	378.9 $	420.1 $	415.5 $*

* Cette somme représente 51.8 % des dépenses réelles du secteur d'activité de la Promotion et de la protection de la santé.

L'écart entre les crédits autorisés et les dépenses prévues est principalement attribuable aux facteurs suivants :

- le transfert des ressources liées à la gestion, à la responsabilisation et à la présentation des rapports pour les initiatives de l'Infostructure canadienne de la santé (ICS) du secteur d'activité de la Gestion de l'information et du savoir;
- l'octroi de nouvelles ressources pour l'acquisition de vaccins antivarioliques et de fournitures médicales;
- l'obtention de ressources additionnelles pour l'initiative de sécurité publique et de lutte contre le terrorisme (SPLT) et les programmes de recherche et développement en génomique.

Les dépenses réelles sont de 4.6 millions de dollars inférieures au total des dépenses autorisées en raison d'une non-utilisation de ressources liées à la Stratégie de préparation et d'intervention d'urgence contre la variole. Ces ressources seront reportées à l'exercice 2003-2004, car elles sont nécessaires pour terminer les activités s'inscrivant dans cette initiative.

Contexte

Santé Canada s'attache à comprendre l'interaction des déterminants de la santé afin de concevoir des interventions qui aident les Canadiens à maintenir et à améliorer leur état de santé.

La plupart des interventions en santé publique se fondent sur des partenariats sectoriels ou intersectoriels étant donné qu'aucune personne, collectivité ou organisation ne contrôle tous les facteurs qui influent sur la santé. Les efforts de collaboration soutenus sont nécessaires, car ce n'est qu'à long terme qu'on peut mesurer des améliorations marquées en santé. Santé Canada travaille avec d'autres ministères fédéraux, les gouvernements provinciaux et territoriaux, les organisations non gouvernementales, le secteur bénévole de la santé, les groupes communautaires, les professionnels de la santé et d'autres parties concernées en vue d'élaborer et de mettre en œuvre de telles interventions.

Le secteur de service de la Santé de la population et de la santé publique a énoncé quatre résultats stratégiques dans le Rapport sur les plans et priorités de 2002-2003. Dans le cadre des efforts continus pour améliorer la reddition de comptes, les résultats ont été redéfinis.

Ce changement simplifie la reddition des comptes aux Canadiens en fournissant une structure qui reflète mieux nos activités de promotion de la santé et de prévention des maladies. *Promouvoir l'adoption de modes de vie sains* concerne nos travaux soutenus de promotion de la santé et d'intégration de nos activités visant des facteurs de risque communs pour les maladies non transmissibles. *Prévenir les maladies* comprend les activités du Ministère qui ont pour but de prévenir et de contrôler la prévalence des maladies. *Favoriser la promotion de la santé, la prévention des maladies et le contrôle par la surveillance et la recherche* englobe les activités qui produisent la base de connaissances sur laquelle on se fonde pour élaborer les politiques et les programmes en matière de santé publique. *Protéger la santé des Canadiens en renforçant les mesures d'urgence et la capacité d'intervention* comprend nos activités visant à réduire l'impact sur la santé des catastrophes naturelles et des catastrophes causées par l'homme.

Attentes relatives au rendement (AR) 2.1 : Promouvoir des modes de vie sains

Priorités énoncées dans le Rapport de 2002-2003 sur les plans et priorités (RPP)

Sensibilisation accrue du public aux méthodes de prévention et de contôle des maladies chroniques.

Renforcement de la capacité de prévenir et de contrôler les maladies chroniques aux échelons national, provincial et communautaire.

Amélioration de la santé des Canadiens par la prévention de la violence familiale et la promotion de la santé mentale, de la bonne condition physique et de la vie active.

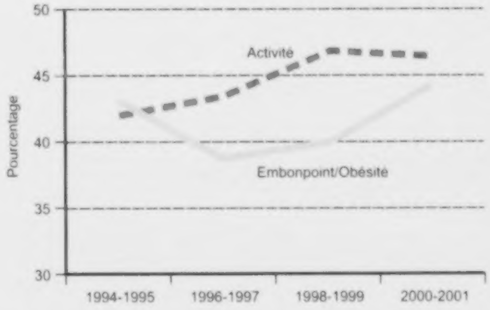
Partage de l'information et renforcement de la capacité communautaire pour améliorer la santé et le bien-être des enfants, des aînés et des Canadiens vivant en milieu rural.

Relations efficaces avec les intervenants, les organismes bénévoles nationaux, les organismes non gouvernementaux et les partenaires provinciaux et territoriaux.

Renforcement de la capacité de recherche et d'analyse axées sur la population en ce qui concerne les mauvais traitements et la négligence à l'égard des enfants.

Santé Canada reconnaît que l'environnement social, économique et physique où les Canadiens vivent, apprennent, travaillent et jouent influe fortement sur les pratiques de santé personnelles. Les choix individuels et collectifs que nous faisons contribuent à l'apparition et à la propagation d'un grand nombre de maladies non transmissibles importantes, y compris les maladies respiratoires et cardiaques, certains cancers et le diabète. La promotion de modes de vie sains vise à améliorer les résultats globaux en santé et à réduire l'écart d'état de santé entre certains groupes de la population et l'ensemble des Canadiens.

Comparaisons entre l'activité physique et l'IMC au Canada, de 1994-1995 à 2000-2001



Sources : Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, fichier Santé (données partagées), de 1994-1995 à 1998-1999;
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, fichier partagé, 2000-2001

En septembre 2002, les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé ont accepté de travailler ensemble à une stratégie pancanadienne à court, à moyen et à long terme sur les « modes de vie sains », qui mette l'accent sur la nutrition et l'activité physique et sur leur lien avec le poids-santé. Cette stratégie vise à promouvoir la bonne santé et à réduire les facteurs de risque liés aux maladies non transmissibles ainsi que le fardeau qu'elles représentent pour le système de santé, grâce à l'application d'une approche axée sur la santé de la population. Le discours du Trône de 2002 confirmait la tenue du premier symposium national sur ces questions en 2003. Le symposium sert de complément aux consultations tenues auprès des intervenants du pays au cours de la dernière année.

L'activité physique régulière contribue de façon importante à un bon état de santé, car elle réduit le risque de maladie chronique, d'invalidité et de décès prématuré. Pourtant, de récentes statistiques montrent que la majorité des Canadiens ne sont pas assez actifs pour être en santé et qu'un nombre croissant de Canadiens font de l'embonpoint ou sont obèses. En partenariat avec la Société canadienne de physiologie de l'exercice, Santé Canada a aidé à promouvoir l'activité physique par la diffusion des *Guides d'activité physique canadiens pour les jeunes et les enfants* en avril 2002 http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/paguide/guides/fr/index.html. Des guides complémentaires à l'intention des éducateurs, des parents et des dispensateurs de soins, ainsi que des revues interactives pour les enfants et les adolescents, ont été lancés en novembre 2002. Ce matériel aide les jeunes à acquérir les valeurs dont ils auront besoin pour demeurer physiquement actifs pendant toute leur vie; on a distribué 4,6 millions d'exemplaires de ces publications l'an dernier dans le pays. Santé Canada évalue actuellement la consultation et l'utilité des guides et des ressources d'appoint. L'évaluation préliminaire laisse croire qu'ils ont été bien reçus par les enfants, les parents et les enseignants.

En 2002, dans le cadre de la campagne de marketing social de la Stratégie canadienne sur le diabète, Santé Canada a produit, en partenariat avec une grande chaîne de pharmacies, une annonce télévisée et du matériel promotionnel, y compris quelque 275 000 feuillets de renseignements présentant les habitudes de vie qu'on peut facilement changer pour contrôler le diabète de type 2. La campagne, qui insistait sur le besoin de bien manger et de faire de l'activité physique, s'articulait autour du thème : « Mangez mieux, soyez actif, amusez-vous. Vous pouvez prévenir le diabète de type 2. » Une évaluation de cette campagne révèle qu'elle a contribué à enrichir les connaissances des Canadiens sur la prévention du diabète et les facteurs de risque connexes.

Santé Canada continue de surveiller l'incidence des divers types de cancer et soutient la recherche liée à cette maladie. S'appuyant sur les progrès réalisés dans le domaine de la recherche sur le cancer du sein par l'entremise de l'Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer du sein (anciennement connue sous le nom d'Initiative canadienne sur le cancer du sein), le Ministère a renouvelé son soutien à ce partenariat de sept organismes désireux d'approfondir la recherche pour prévenir et guérir cette maladie, la forme de cancer la plus répandue chez les femmes. On peut obtenir plus d'informations sur l'initiative à : http://www.breast.cancer.ca/.

Une population en meilleure santé grâce à la promotion de la santé et à la prévention des maladies

Objectif

Promouvoir la santé, prévenir et contrôler les blessures et les maladies.

Information financière

En millions de dollars	Dépenses prévues 2002-2003	Total des crédits autorisés 2002-2003	Dépenses réelles 2002-2003
Dépenses brutes	378,9 $	420,2 $	415,6 $
Recettes	0,0	(0,1)	(0,1)
Dépenses nettes	378,9 $	420,1 $	415,5 $*

* Cette somme représente 51,8 % des dépenses réelles du secteur d'activité de la Promotion et de la protection de la santé.

L'écart entre les crédits autorisés et les dépenses prévues est principalement attribuable aux facteurs suivants :

- le transfert des ressources liées à la gestion, à la responsabilisation et à la présentation des rapports pour les initiatives de l'Infostructure canadienne de la santé (ICS) du secteur d'activité de la Gestion de l'information et du savoir;
- l'octroi de nouvelles ressources pour l'acquisition de vaccins antivarioliques et de fournitures médicales;
- l'obtention de ressources additionnelles pour l'initiative de sécurité publique et de lutte contre le terrorisme (SPLT) et les programmes de recherche et développement en génomique.

Les dépenses réelles sont de 4,6 millions de dollars inférieures au total des dépenses autorisées en raison d'une non-utilisation de ressources liées à la Stratégie de préparation et d'intervention d'urgence contre la variole. Ces ressources seront reportées à l'exercice 2003-2004, car elles sont nécessaires pour terminer les activités s'inscrivant dans cette initiative.

Une population en meilleure santé grâce à la promotion de la santé et à la prévention des maladies

Objectif

Promouvoir la santé, prévenir et contrôler les blessures et les maladies.

Information financière

En millions de dollars	Dépenses prévues 2002-2003	Total des crédits autorisés 2002-2003	Dépenses réelles 2002-2003
Dépenses brutes	378,9 $	420,2 $	415,6 $
Recettes	0,0	(0,1)	(0,1)
Dépenses nettes	378,9 $	420,1 $	415,6 $*

* Cette somme représente 51,8 % des dépenses réelles du secteur d'activité de la Promotion et de la protection de la santé.

L'écart entre les crédits autorisés et les dépenses prévues est principalement attribuable aux facteurs suivants :

- le transfert des ressources liées à la gestion, à la responsabilisation et à la présentation des rapports pour les initiatives de l'Infostructure canadienne de la santé (ICS) du secteur d'activité de la Gestion de l'information et du savoir;
- l'octroi de nouvelles ressources pour l'acquisition de vaccins antivarioliques et de fournitures médicales;
- l'obtention de ressources additionnelles pour l'initiative de sécurité publique et de lutte contre le terrorisme (SPLT) et les programmes de recherche et développement en génomique.

Les dépenses réelles sont de 4,6 millions de dollars inférieures au total des dépenses autorisées en raison d'une non-utilisation de ressources liées à la Stratégie de préparation et d'intervention d'urgence contre la variole. Ces ressources seront reportées à l'exercice 2003-2004, car elles sont nécessaires pour terminer les activités s'inscrivant dans cette initiative.

Contexte

Santé Canada s'attache à comprendre l'interaction des déterminants de la santé afin de concevoir des interventions qui aident les Canadiens à maintenir et à améliorer leur état de santé.

La plupart des interventions en santé publique se fondent sur des partenariats sectoriels ou intersectoriels étant donné qu'aucune personne, collectivité ou organisation ne contrôle tous les facteurs qui influent sur la santé. Les efforts de collaboration soutenus sont nécessaires, car ce n'est qu'à long terme qu'on peut mesurer des améliorations marquées en santé. Santé Canada travaille avec d'autres ministères fédéraux, les gouvernements provinciaux et territoriaux, les organisations non gouvernementales, le secteur bénévole de la santé, les groupes communautaires, les professionnels de la santé et d'autres parties concernées en vue d'élaborer et de mettre en œuvre de telles interventions.

Le secteur de service de la Santé de la population et de la santé publique a énoncé quatre résultats stratégiques dans le Rapport sur les plans et priorités de 2002-2003. Dans le cadre des efforts continus pour améliorer la reddition de comptes, les résultats ont été redéfinis.

Ce changement simplifie la reddition des comptes aux Canadiens en fournissant une structure qui reflète mieux nos activités de promotion de la santé et de prévention des maladies. *Promouvoir l'adoption de modes de vie sains* concerne nos travaux soutenus de promotion de la santé et d'intégration de nos activités visant des facteurs de risque communs pour les maladies non transmissibles. *Prévenir les maladies* comprend les activités du Ministère qui ont pour but de prévenir et de contrôler la prévalence des maladies. *Favoriser la promotion de la santé, la prévention des maladies et le contrôle par la surveillance et la recherche* englobe les activités qui produisent la base de connaissances sur laquelle on se fonde pour élaborer les politiques et les programmes en matière de santé publique. *Protéger la santé des Canadiens en renforçant les mesures d'urgence et la capacité d'intervention* comprend nos activités visant à réduire l'impact sur la santé des catastrophes naturelles et des catastrophes causées par l'homme.

Attentes relatives au rendement (AR) 2.1 : Promouvoir des modes de vie sains

Priorités énoncées dans le Rapport de 2002-2003 sur les plans et priorités (RPP)

Sensibilisation accrue du public aux méthodes de prévention et de contôle des maladies chroniques.

Renforcement de la capacité de prévenir et de contrôler les maladies chroniques aux échelons national, provincial et communautaire.

Amélioration de la santé des Canadiens par la prévention de la violence familiale et la promotion de la santé mentale, de la bonne condition physique et de la vie active.

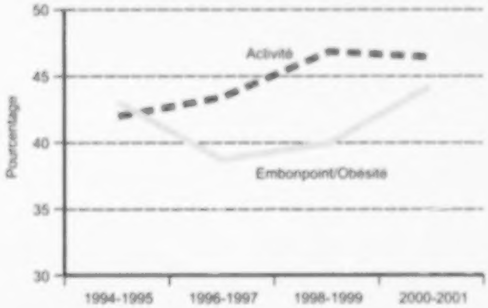
Partage de l'information et renforcement de la capacité communautaire pour améliorer la santé et le bien-être des enfants, des aînés et des Canadiens vivant en milieu rural.

Relations efficaces avec les intervenants, les organismes bénévoles nationaux, les organismes non gouvernementaux et les partenaires provinciaux et territoriaux.

Renforcement de la capacité de recherche et d'analyse axées sur la population en ce qui concerne les mauvais traitements et la négligence à l'égard des enfants.

Santé Canada reconnaît que l'environnement social, économique et physique où les Canadiens vivent, apprennent, travaillent et jouent influe fortement sur les pratiques de santé personnelles. Les choix individuels et collectifs que nous faisons contribuent à l'apparition et à la propagation d'un grand nombre de maladies non transmissibles importantes, y compris les maladies respiratoires et cardiaques, certains cancers et le diabète. La promotion de modes de vie sains vise à améliorer les résultats globaux en santé et à réduire l'écart d'état de santé entre certains groupes de la population et l'ensemble des Canadiens.

Comparaisons entre l'activité physique et l'IMC au Canada, de 1994-1995 à 2000-2001



Sources : Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, fichier Santé (données partagées), de 1994-1995 à 1998-1999.
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, fichier partagé, 2000-2001

En septembre 2002, les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé ont accepté de travailler ensemble à une stratégie pancanadienne à court, à moyen et à long terme sur les « modes de vie sains », qui mette l'accent sur la nutrition et l'activité physique et sur leur lien avec le poids-santé. Cette stratégie vise à promouvoir la bonne santé et à réduire les facteurs de risque liés aux maladies non transmissibles ainsi que le fardeau qu'elles représentent pour le système de santé, grâce à l'application d'une approche axée sur la santé de la population. Le discours du Trône de 2002 confirmait la tenue du premier symposium national sur ces questions en 2003. Le symposium sert de complément aux consultations tenues auprès des intervenants du pays au cours de la dernière année.

L'activité physique régulière contribue de façon importante à un bon état de santé, car elle réduit le risque de maladie chronique, d'invalidité et de décès prématuré. Pourtant, de récentes statistiques montrent que la majorité des Canadiens ne sont pas assez actifs pour être en santé et qu'un nombre croissant de Canadiens font de l'embonpoint ou sont obèses. En partenariat avec la Société canadienne de physiologie de l'exercice, Santé Canada a aidé à promouvoir l'activité physique par la diffusion des *Guides d'activité physique canadiens pour les jeunes et les enfants* en avril 2002 http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/paguide/guides/fr/index.html. Des guides complémentaires à l'intention des éducateurs, des parents et des dispensateurs de soins, ainsi que des revues interactives pour les enfants et les adolescents, ont été lancés en novembre 2002. Ce matériel aide les jeunes à acquérir les valeurs dont ils auront besoin pour demeurer physiquement actifs pendant toute leur vie; on a distribué 4,6 millions d'exemplaires de ces publications l'an dernier dans le pays. Santé Canada évalue actuellement la consultation et l'utilité des guides et des ressources d'appoint. L'évaluation préliminaire laisse croire qu'ils ont été bien reçus par les enfants, les parents et les enseignants.

En 2002, dans le cadre de la campagne de marketing social de la Stratégie canadienne sur le diabète, Santé Canada a produit, en partenariat avec une grande chaîne de pharmacies, une annonce télévisée et du matériel promotionnel, y compris quelque 275 000 feuillets de renseignements présentant les habitudes de vie qu'on peut facilement changer pour contrôler le diabète de type 2. La campagne, qui insistait sur le besoin de bien manger et de faire de l'activité physique, s'articulait autour du thème : « Mangez mieux, soyez actif, amusez-vous. Vous pouvez prévenir le diabète de type 2. » Une évaluation de cette campagne révèle qu'elle a contribué à enrichir les connaissances des Canadiens sur la prévention du diabète et les facteurs de risque connexes.

Santé Canada continue de surveiller l'incidence des divers types de cancer et soutient la recherche liée à cette maladie. S'appuyant sur les progrès réalisés dans le domaine de la recherche sur le cancer du sein par l'entremise de l'Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer du sein (anciennement connue sous le nom d'Initiative canadienne sur le cancer du sein), le Ministère a renouvelé son soutien à ce partenariat de sept organismes désireux d'approfondir la recherche pour prévenir et guérir cette maladie, la forme de cancer la plus répandue chez les femmes. On peut obtenir plus d'informations sur l'initiative à : http://www.breast.cancer.ca/.

Une population en meilleure santé grâce à la promotion de la santé et à la prévention des maladies

Objectif

Promouvoir la santé, prévenir et contrôler les blessures et les maladies.

Information financière

En millions de dollars	Dépenses prévues 2002-2003	Total des crédits autorisés 2002-2003	Dépenses réelles 2002-2003
Dépenses brutes	378,9 $	420,2 $	415,6 $
Recettes	0,0	(0,1)	(0,1)
Dépenses nettes	378,9 $	420,1 $	415,5 $*

* Cette somme représente 51,8 % des dépenses réelles du secteur d'activité de la Promotion et de la protection de la santé.

L'écart entre les crédits autorisés et les dépenses prévues est principalement attribuable aux facteurs suivants :

- le transfert des ressources liées à la gestion, à la responsabilisation et à la présentation des rapports pour les initiatives de l'Infostructure canadienne de la santé (ICS) du secteur d'activité de la Gestion de l'information et du savoir;
- l'octroi de nouvelles ressources pour l'acquisition de vaccins antivarioliques et de fournitures médicales;
- l'obtention de ressources additionnelles pour l'initiative de sécurité publique et de lutte contre le terrorisme (SPLT) et les programmes de recherche et développement en génomique.

Les dépenses réelles sont de 4,6 millions de dollars inférieures au total des dépenses autorisées en raison d'une non-utilisation de ressources liées à la Stratégie de préparation et d'intervention d'urgence contre la variole. Ces ressources seront reportées à l'exercice 2003-2004, car elles sont nécessaires pour terminer les activités s'inscrivant dans cette initiative.

Une population en meilleure santé

grâce à la promoti…

…nancière

…enses …ues …2003	Total des crédits autorisés 2002-2003	[illegible]

Contexte

Santé Canada s'attache à comprendre l'interaction des déterminants de la santé afin de concevoir des interventions qui aident les Canadiens à maintenir et à améliorer leur état de santé.

La plupart des interventions en santé publique se fondent sur des partenariats sectoriels ou intersectoriels étant donné qu'aucune personne, collectivité ou organisation ne contrôle tous les facteurs qui influent sur la santé. Les efforts de collaboration soutenus sont nécessaires, car ce n'est qu'à long terme qu'on peut mesurer des améliorations marquées en santé. Santé Canada travaille avec d'autres ministères fédéraux, les gouvernements provinciaux et territoriaux, les organisations non gouvernementales, le secteur bénévole de la santé, les groupes communautaires, les professionnels de la santé et d'autres parties concernées en vue d'élaborer et de mettre en œuvre de telles interventions.

Le secteur de service de la Santé de la population et de la santé publique a énoncé quatre résultats stratégiques dans le Rapport sur les plans et priorités de 2002-2003. Dans le cadre des efforts continus pour améliorer la reddition de comptes, les résultats ont été redéfinis.

Ce changement simplifie la reddition des comptes aux Canadiens en fournissant une structure qui reflète mieux nos activités de promotion de la santé et de prévention des maladies. *Promouvoir l'adoption de modes de vie sains* concerne nos travaux soutenus de promotion de la santé et d'intégration de nos activités visant des facteurs de risque communs pour les maladies non transmissibles. *Prévenir les maladies* comprend les activités du Ministère qui ont pour but de prévenir et de contrôler la prévalence des maladies. *Favoriser la promotion de la santé, la prévention des maladies et le contrôle par la surveillance et la recherche* englobe les activités qui produisent la base de connaissances sur laquelle on se fonde pour élaborer les politiques et les programmes en matière de santé publique. *Protéger la santé des Canadiens en renforçant les mesures d'urgence et la capacité d'intervention* comprend nos activités visant à réduire l'impact sur la santé des catastrophes naturelles et des catastrophes causées par l'homme.

Attentes relatives au rendement (AR) 2.1 : Promouvoir des modes de vie sains

Priorités énoncées dans le Rapport de 2002-2003 sur les plans et priorités (RPP)

Sensibilisation accrue du public aux méthodes de prévention et de contôle des maladies chroniques.

Renforcement de la capacité de prévenir et de contrôler les maladies chroniques aux échelons national, provincial et communautaire.

Amélioration de la santé des Canadiens par la prévention de la violence familiale et la promotion de la santé mentale, de la bonne condition physique et de la vie active.

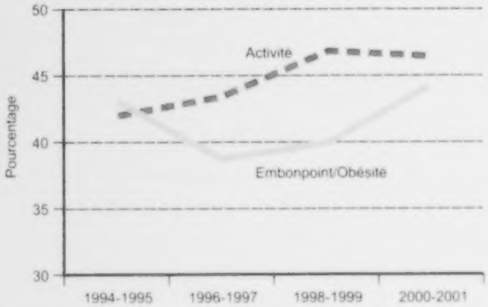
Partage de l'information et renforcement de la capacité communautaire pour améliorer la santé et le bien-être des enfants, des aînés et des Canadiens vivant en milieu rural.

Relations efficaces avec les intervenants, les organismes bénévoles nationaux, les organismes non gouvernementaux et les partenaires provinciaux et territoriaux.

Renforcement de la capacité de recherche et d'analyse axées sur la population en ce qui concerne les mauvais traitements et la négligence à l'égard des enfants.

Santé Canada reconnaît que l'environnement social, économique et physique où les Canadiens vivent, apprennent, travaillent et jouent influe fortement sur les pratiques de santé personnelles. Les choix individuels et collectifs que nous faisons contribuent à l'apparition et à la propagation d'un grand nombre de maladies non transmissibles importantes, y compris les maladies respiratoires et cardiaques, certains cancers et le diabète. La promotion de modes de vie sains vise à améliorer les résultats globaux en santé et à réduire l'écart d'état de santé entre certains groupes de la population et l'ensemble des Canadiens.

Comparaisons entre l'activité physique et l'IMC au Canada, de 1994-1995 à 2000-2001



Sources : Statistique Canada. Enquête nationale sur la santé de la population, fichier Santé (données partagées), de 1994-1995 à 1998-1999.
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, fichier partagé, 2000-2001

En septembre 2002, les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé ont accepté de travailler ensemble à une stratégie pancanadienne à court, à moyen et à long terme sur les « modes de vie sains », qui mette l'accent sur la nutrition et l'activité physique et sur leur lien avec le poids-santé. Cette stratégie vise à promouvoir la bonne santé et à réduire les facteurs de risque liés aux maladies non transmissibles ainsi que le fardeau qu'elles représentent pour le système de santé, grâce à l'application d'une approche axée sur la santé de la population. Le discours du Trône de 2002 confirmait la tenue du premier symposium national sur ces questions en 2003. Le symposium sert de complément aux consultations tenues auprès des intervenants du pays au cours de la dernière année.

L'activité physique régulière contribue de façon importante à un bon état de santé, car elle réduit le risque de maladie chronique, d'invalidité et de décès prématuré. Pourtant, de récentes statistiques montrent que la majorité des Canadiens ne sont pas assez actifs pour être en santé et qu'un nombre croissant de Canadiens font de l'embonpoint ou sont obèses. En partenariat avec la Société canadienne de physiologie de l'exercice, Santé Canada a aidé à promouvoir l'activité physique par la diffusion des *Guides d'activité physique canadiens pour les jeunes et les enfants* en avril 2002 http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/paguide/guides/fr/index.html. Des guides complémentaires à l'intention des éducateurs, des parents et des dispensateurs de soins, ainsi que des revues interactives pour les enfants et les adolescents, ont été lancés en novembre 2002. Ce matériel aide les jeunes à acquérir les valeurs dont ils auront besoin pour demeurer physiquement actifs pendant toute leur vie; on a distribué 4,6 millions d'exemplaires de ces publications l'an dernier dans le pays. Santé Canada évalue actuellement la consultation et l'utilité des guides et des ressources d'appoint. L'évaluation préliminaire laisse croire qu'ils ont été bien reçus par les enfants, les parents et les enseignants.

En 2002, dans le cadre de la campagne de marketing social de la Stratégie canadienne sur le diabète, Santé Canada a produit, en partenariat avec une grande chaîne de pharmacies, une annonce télévisée et du matériel promotionnel, y compris quelque 275 000 feuillets de renseignements présentant les habitudes de vie qu'on peut facilement changer pour contrôler le diabète de type 2. La campagne, qui insistait sur le besoin de bien manger et de faire de l'activité physique, s'articulait autour du thème : « Mangez mieux, soyez actif, amusez-vous. Vous pouvez prévenir le diabète de type 2. » Une évaluation de cette campagne révèle qu'elle a contribué à enrichir les connaissances des Canadiens sur la prévention du diabète et les facteurs de risque connexes.

Santé Canada continue de surveiller l'incidence des divers types de cancer et soutient la recherche liée à cette maladie. S'appuyant sur les progrès réalisés dans le domaine de la recherche sur le cancer du sein par l'entremise de l'Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer du sein (anciennement connue sous le nom d'Initiative canadienne sur le cancer du sein), le Ministère a renouvelé son soutien à ce partenariat de sept organismes désireux d'approfondir la recherche pour prévenir et guérir cette maladie, la forme de cancer la plus répandue chez les femmes. On peut obtenir plus d'informations sur l'initiative à : http://www.breast.cancer.ca/.

« Breaking the Cycle » (pour rompre le cycle), projet conjoint du PACE et du PCNP, a servi 426 femmes de la région de Toronto et leurs enfants. Parmi les femmes qui se sont inscrites au programme au début de leur grossesse, 54 % ont déclaré que leur enfant avait été exposé à une substance quelconque pendant la grossesse, contre 92 % des femmes qui se sont inscrites plus tard pendant leur grossesse. Le projet a permis de réduire les complications à l'accouchement, d'améliorer la santé postnatale et le poids à la naissance. De plus, 64,5 % des participantes sont restées sobres, et 62 % s'occupaient de leur enfant à temps plein, plutôt que de le confier aux services de protection de l'enfance ou à un membre de la famille. (Source : données internes du projet)

Le Ministère a joué un rôle important dans la mise en œuvre de l'Initiative de développement des jeunes enfants (DJE) du gouvernement du Canada, en versant environ 53 millions de dollars au Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE) (notamment pour les programmes de prévention des troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale et pour les initiatives de sensibilisation du public) et 27 millions de dollars au Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP) pour les programmes de santé communautaire destinés aux enfants et aux familles (volet visant les Autochtones hors réserve). Par comparaison avec l'exercice précédent, la participation aux projets du PACE a augmenté d'environ 8 %, et la participation au PCNP, de 14 %. À lui seul, le PCNP rejoint environ 60 % des femmes enceintes à faible revenu au Canada. La participation au PCNP a plus que triplé depuis le lancement du programme en 1996 (source : données internes du programme).

Les régions évaluent l'impact des projets du PACE et du PCNP de façon continue. Ces évaluations ainsi que les analyses ministérielles sont utilisées dans le cadre d'un projet qui améliorera le cadre de gestion pour tous les programmes de subventions et de contributions liés à la promotion de la santé.

L'initiative pour la prévention des chutes, mise en œuvre conjointement par Santé Canada et Anciens combattants Canada, soutient l'adoption de stratégies efficaces de prévention des chutes pour les aînés et les anciens combattants. Un examen à mi-parcours de l'initiative, entrepris en 2002-2003, a permis de conclure que, même après une courte période, les groupes cibles étaient mieux sensibilisés aux facteurs de risque et à l'importance de prévenir les chutes.

AR 2.2 : Prévenir les maladies

Priorités énoncées dans le RPP de 2002-2003

Amélioration de l'état de santé des personnes affectées ou infectées par le VIH/sida et l'hépatite C, au moyen de projets de promotion de la santé et de soutien à la recherche approuvée par les pairs.

Contribution à l'élaboration d'initiatives d'immunisation ainsi que de programmes de prévention et de contrôle pour les maladies transmises par les aliments ou par l'eau, les zoonoses, les maladies transmissibles sexuellement, les maladies transmissibles par le sang, les maladies respiratoires et les infections acquises en établissement.

Santé Canada a consacré des ressources considérables à la prise de mesures pour enrayer la poussée de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) à la fin de l'exercice. Les employés de Santé Canada ont travaillé avec d'autres ministères fédéraux ainsi qu'avec les travailleurs provinciaux et municipaux de la santé publique dans les régions touchées. De plus, le Ministère a offert son expertise en épidémiologie et ses conseils et a contribué à l'effort mondial de recherche scientifique pour cerner la nature du virus du SRAS. L'incidence du SRAS sur les ressources pour l'exercice 2003-2004 figurera dans le Rapport ministériel sur le rendement pour cet exercice. Pour obtenir plus de renseignements sur le SRAS, consulter : http://www.sras.gc.ca.

Afin de contrer la menace du virus du Nil occidental (VNO), Santé Canada travaille avec ses partenaires provinciaux et territoriaux pour renforcer la coordination et la gestion nationales relativement à cette maladie et aux efforts de recherche. Le Ministère a renforcé ses capacités de surveillance, de recherche et d'analyse en laboratoire pour examiner le VNO et atténuer les risques connexes, y compris l'exposition au virus par l'entremise du système d'approvisionnement en sang, à l'occasion de transfusions. De plus, le Ministère a renseigné les Canadiens sur les mesures à prendre pour réduire le risque de contracter le VNO http://www.hc-sc.gc.ca/francais/virus_nil/index.html.

Dans le cadre de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida (SCVS) (http://www.sida.gc.ca) et des programmes relatifs à l'hépatite C (http://www.hepc.gc.ca), Santé Canada continue de soutenir la recherche et les activités communautaires visant à réduire la prévalence de ces maladies. Le Ministère, de concert avec le Service correctionnel du Canada et les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), a procédé à l'évaluation triennale de la SCVS, une stratégie de 42,2 millions de dollars. Cette évaluation formative a permis de jeter les bases de l'évaluation quinquennale. Malgré ses limites, l'évaluation a permis de conclure que la stratégie contribue à étendre les partenariats et les mesures prises par les groupes nationaux et communautaires du Canada pour aider les personnes touchées par le VIH/sida. Étant donné le besoin permanent de renforcer et d'élargir les efforts de partenariats, le Ministère a amélioré sa communication avec les partenaires de la SCVS et les intervenants, et il compte intégrer les leçons tirées

de l'évaluation aux travaux amorcés pour l'évaluation quinquennale. On peut trouver de la documentation sur l'évaluation à : http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/vih_sida/strat_can/rapports/evaluation.html.

Une évaluation du Programme de prévention, soutien et recherche pour l'hépatite C menée en 1998 a révélé que ce programme avait contribué au progrès de la recherche, particulièrement dans le domaine des traitements thérapeutiques et du développement de vaccins. On a aussi conclu qu'il fallait faire plus de recherche liée aux sciences du comportement et aux sciences sociales, de sorte que le Ministère a créé des mécanismes pour examiner la question. L'évaluation a permis de constater que des efforts considérables avaient été déployés pour renforcer la capacité d'intervention face à l'hépatite C en renforçant la sensibilisation, en créant des partenariats et en fournissant du soutien aux échelons local et régional. Toutefois, on concentrera les efforts sur la prévention au sein des groupes considérés plus à risque : consommateurs de drogues injectables, jeunes, Autochtones et détenus.

AR 2.3 : Protéger la santé des Canadiens en renforçant les mesures d'urgence et la capacité d'intervention

Priorité énoncée dans le RPP de 2002-2003

Coordination et communication efficaces entre les systèmes de surveillance; application rapide de l'information à la planification des situations d'urgence et à l'intervention en situation d'urgence.

En 2002-2003, le Ministère a modernisé, en consultation avec les provinces et les territoires, le Plan d'urgence canadien contre la variole, qui décrit les responsabilités de chacun en cas de poussée de variole, et il a offert des séances de formation et d'orientation afin de préparer les équipes qui seraient chargées d'intervenir. Le Ministère a aussi amorcé l'achat de doses de vaccins contre la variole, en nombre suffisant. Grâce à ces mesures, le Ministère s'assure que le Canada est prêt à intervenir en cas de poussée de variole, événement improbable mais potentiellement désastreux.

Santé Canada a renforcé sa capacité de réagir aux catastrophes naturelles et aux situations d'urgence en santé causées par l'homme en ajoutant des produits pharmaceutiques à la Réserve nationale de secours (RNS), en modernisant l'équipement et les fournitures, et en mettant à niveau les entrepôts. En février 2003, les fournitures et l'équipement de la RNS ont été réquisitionnés par le gouvernement de Terre-Neuve et du Labrador lorsque les inondations et le gel ont forcé les résidents de Badger (Terre-Neuve) à abandonner leur foyer. Santé Canada a acheminé des lits, des couvertures et d'autres équipements aux équipes d'intervention d'urgence chargées de venir en aide aux résidents touchés.

Santé Canada collabore aussi avec les gouvernements provinciaux et territoriaux pour assurer la planification des mesures d'urgence partout au Canada. Par exemple, en 2002-2003, le Ministère a investi plus de 400 000 $ pour former les agents de secours en prévision d'une situation d'urgence chimique, biologique, radiologique ou nucléaire. Les membres du Programme d'aide en cas d'urgence ont poursuivi leur formation relative aux pratiques exemplaires pour la manutention des colis suspects. Ces efforts ont porté fruit lorsque, en collaboration avec d'autres autorités d'intervention d'urgence, Santé Canada a répondu à 48 incidents liés à un colis suspect en 2002-2003.

Enfin, la protection de la santé des Canadiens suppose qu'on collabore avec les partenaires internationaux pour faire en sorte que la communauté internationale puisse intervenir en cas d'urgence en santé planétaire. Au cours de la dernière année, Santé Canada a continué d'examiner les besoins en sécurité communs au Canada et aux États-Unis sous le régime du plan d'action canado-américain en matière de biosécurité. Ce plan, qui s'inscrit dans la Déclaration sur la frontière intelligente, combine les efforts déployés par les ministères et organismes fédéraux des deux pays pour coordonner les plans de mesure d'urgence, les communications, la lutte contre l'influenza, la surveillance et les activités de planification et d'intervention d'urgence.

AR 2.4 : Aider à promouvoir la santé et à prévenir et contenir la maladie en renforçant la surveillance et la recherche

Priorités énoncées dans le RPP de 2002-2003

Amélioration de la capacité de surveillance de la santé.

Augmentation des connaissances scientifiques sur les risques pour la santé humaine associés aux agents entéropathogènes présents chez les animaux et dans l'environnement.

La surveillance de la santé suppose qu'on recueille et qu'on analyse l'information sur l'actualité en santé pour cerner les tendances, décrire les nouveaux problèmes de santé et fournir l'information nécessaire à la conception d'interventions en santé publique. Dans le cadre de son rôle directeur, Santé Canada vise trois objectifs : 1) concevoir des systèmes de surveillance qui regroupent les données provinciales et territoriales à l'échelon national afin de faciliter le contrôle de l'information sur la santé et de repérer les maladies menaçantes; 2) bâtir une infrastructure technologique qui améliore l'accessibilité de ces systèmes pour les agents de la santé publique; 3) procurer à ces derniers les compétences et les connaissances dont ils ont besoin pour utiliser ces systèmes.

Reconnu internationalement, le **Réseau mondiale d'intelligence santé publique (RMISP)** de Santé Canada fournit de l'information à l'Organisation mondiale de la santé sur 60 % des événements mondiaux en matière de santé publique. Le RMISP surveille et compile l'information sur la santé publiée sur divers supports, et cette information est ensuite analysée par des agents de santé publique. Le RMISP a été l'un des premiers systèmes de contrôle à recueillir les renseignements sur la santé qui ont finalement permis de repérer le SRAS. (Source : site Web de l'Organisation mondiale de la santé, http://www.who.int/csr/alertresponse/epidemicintelligence/fr/)

Par l'entremise du Réseau de surveillance de la santé au Canada, le Ministère a dirigé l'élaboration de la Stratégie canadienne pour la surveillance des maladies transmissibles. La stratégie offre au milieu de la santé publique les concepts fondamentaux, le contexte et les outils dont il a besoin pour bâtir le système de surveillance des maladies transmissibles, de l'immunisation et des éléments indésirables liés aux vaccins. Cela permettra aux gouvernements provinciaux et territoriaux de mettre en place des systèmes de surveillance communs, permettant de regrouper les données à l'échelon national.

Au cours de la dernière année, le Ministère a rendu le Système d'information en santé publique accessible en ligne, de sorte que les professionnels de la santé publique ont accès à des dossiers médicaux des patients et à des systèmes de déclaration automatisés et intégrés. C'est là une étape importante dans l'élaboration des éléments de santé publique du dossier électronique de santé, grâce auquel les professionnels de la santé seront en mesure d'accéder par voie électronique au dossier médical de citoyens de diverses provinces et territoires. Étant donné les résultats positifs des essais effectués au Manitoba, en Colombie-Britannique et dans un bureau régional de la santé en Alberta, Santé Canada collaborera avec les provinces et les territoires pour étendre ce système afin qu'il réponde aux besoins actuels et futurs.

Le Système national de surveillance du diabète, autre initiative s'inscrivant dans la Stratégie canadienne sur le diabète, a été étendu à l'ensemble des provinces et des territoires. Les données recueillies grâce à ce système et à d'autres sources ont été incorporées au rapport *Le diabète au Canada – Deuxième édition* http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/dic-dac2/francais/01cover_f.html, qui décrit le fardeau du diabète au Canada.

En vue de procurer aux professionnels de la santé publique les compétences et les connaissances dont ils ont besoin pour travailler avec ces systèmes, Santé Canada a enrichi son Programme de formation en épidémiologie d'intervention (voir : http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/fetp-pfei/index_f.html) en créant trois modules de perfectionnement offerts sur le Web. Santé Canada continuera de collaborer avec les universités et les organismes de santé publique du Canada en vue d'élaborer des modules supplémentaires. On trouvera des détails sur ce projet à : http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/csc-ccs/skills_f.html.

Au Québec, dans le cadre d'une collaboration entre Santé Canada, l'Administration régionale Kativik et une équipe de chercheurs du Centre hospitalier universitaire de Québec, on a recueilli de l'information sur la santé dans 14 communautés inuites, ce qui a permis de mieux comprendre les liens entre la nutrition et les facteurs de risque liés à l'anémie ferriprive, ainsi que l'impact des interventions en santé publique visant à réduire ce problème de santé.

Le Ministère est aussi un important centre de recherche scientifique qui aide à repérer, à évaluer et à gérer les menaces pour la santé des Canadiens. Cette recherche contribue à l'élaboration d'initiatives de prévention des maladies, améliore les systèmes de surveillance et permet aux agents de santé publique de prendre les mesures de confinement nécessaires en cas de poussée de maladie. Les recherches menées au cours de la dernière année ont enrichi nos connaissances sur la résistance aux antimicrobiens et sur les agents pathogènes transmis par les aliments, comme *E. coli*, la *salmonelle* et les campylobactéries. Pour obtenir plus d'information, voir : http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/lfz-llczoa/index_f.html (Laboratoire de lutte contre les zoonoses d'origine alimentaire).

La recherche en laboratoire a aussi joué un rôle crucial dans les travaux du Ministère sur le virus du Nil occidental et le SRAS. Par exemple, elle a fourni les données probantes nécessaires pour mettre au point des mesures de confinement liées au SRAS, au Canada et dans le monde. De plus, la recherche scientifique permet à Santé Canada de réagir aux situations d'urgence sanitaires par l'analyse des colis suspects et des agents de bioterrorisme. Pour obtenir plus d'information, voir : http://www.nml.ca/lnm.htm (Laboratoire national de microbiologie).

Sites Web pertinents

Ce qui suit fournit des liens vers des activités mentionnées dans le Rapport sur les plans et priorités de 2002-2003 qui portent sur des questions de santé liées au résultat stratégique abordé ici.

Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer du sein

http://www.breast.cancer.ca/

Activités et publications de Santé Canada sur le vieillissement et la santé des aînés

http://www.hc-sc.gc.ca/seniors-aines/index_pages/whatsnew_f.htm

Activités et publications de Santé Canada sur la santé des enfants et des adolescents

http://www.hc-sc.gc.ca/dca-dea/

Le Réseau canadien de la santé est une passerelle Internet bilingue qui permet aux Canadiens d'accéder à de l'information sur les moyens de rester en santé et de prévenir les maladies.

http://www.canadian-health-network.ca/

Le Centre national d'information sur la violence dans la famille offre des ressources aux Canadiens qui cherchent des renseignements sur la violence familiale.

http://www.hc-sc.gc.ca/nc-cn

Le *Rapport sur les maladies mentales au Canada* décrit la prévalence, les causes, les répercussions et les traitements des grandes maladies mentales au Canada, ainsi que les préjugés qui s'y rattachent.

http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/miic-mmac/index_f.html

Les anomalies congénitales au Canada est un rapport qui fournit de l'information sur la santé de la mère et de l'enfant au Canada.

http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/cac-acc02/index_f.html

Conformément à l'Accord sur le développement de la petite enfance conclu par les premiers ministres en septembre 2000, Santé Canada a contribué à la rédaction du rapport sur les investissements fédéraux dans les programmes et services destinés aux enfants et sur les avantages qu'en retirent les jeunes enfants.

http://www.unionsociale.gc.ca./ecd_f.html

Les Centres d'excellence pour le bien-être des enfants mènent des recherches sur des aspects clés de la santé des enfants et des adolescents.

http://www.hc-sc.gc.ca/dca-dea/allchildren_touslesenfants/centres_acceuil_f.html

Le Forum canadien des laboratoires de santé publique regroupe des représentants de laboratoires publics de tout le pays en vue de coordonner la surveillance des laboratoires.

http://www.nml.ca/francais/collaboration.htm

Le fardeau économique de la maladie au Canada (1998) présente un tableau exhaustif de la répartition des coûts de la maladie au Canada.

http://ebic-femc.hc-sc.gc.ca

Pour trouver d'autres publications se rapportant à ce résultat stratégique, consulter le site Web suivant :

http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publications_f.html.

Produits de santé et aliments sûrs

Objectif

Salubrité et valeur nutritive des aliments, et sécurité et efficacité des médicaments, des produits de santé naturels, des matériels médicaux, des produits biologiques et des produits de la biotechnologie qui se trouvent sur le marché et dans le système de santé du Canada, grâce à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques, de lois et de cadres de réglementation, à la promotion d'une alimentation saine, et à l'utilisation éclairée des médicaments, des matériels médicaux, des aliments et des produits de santé naturels.

Information financière

En millions de dollars	Dépenses prévues 2002-2003	Total des crédits autorisés 2002-2003	Dépenses réelles 2002-2003
Dépenses brutes	189,7 $	185,2 $	176,7 $
Recettes	(36,1)	(40,7)	(32,2)
Dépenses nettes	153,6 $	144,5 $	144,5 $*

* Cette somme représente 18 % des dépenses réelles du secteur d'activité Promotion et protection de la santé.

Le fait que les recettes autorisées soient supérieures de 4,6 millions de dollars aux recettes prévues s'explique par l'augmentation des autorisations de crédit net pour les matériels médicaux. Les recettes réellement perçues sont inférieures de 8,5 millions de dollars aux recettes autorisées, principalement du fait que les recettes perçues ont été moindres dans le cas des programmes des matériels médicaux, des médicaments vétérinaires et des médicaments.

L'écart entre les dépenses prévues et les autorisations totales s'explique principalement par le fait que plus de ressources liées à l'initiative de sécurité publique et de lutte contre le terrorisme et aux programmes de recherche et développement en génomique ont été dépensées dans d'autres secteurs de service plutôt que dans celui des produits de santé et des aliments comme il était prévu au départ.

Produits de santé et aliments sûrs

Objectif

Salubrité et valeur nutritive des aliments, et sécurité et efficacité des médicaments, des produits de santé naturels, des matériels médicaux, des produits biologiques et des produits de la biotechnologie qui se trouvent sur le marché et dans le système de santé du Canada, grâce à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques, de lois et de cadres de réglementation, à la promotion d'une alimentation saine, et à l'utilisation éclairée des médicaments, des matériels médicaux, des aliments et des produits de santé naturels.

Information financière

En millions de dollars	Dépenses prévues 2002-2003	Total des crédits autorisés 2002-2003	Dépenses réelles 2002-2003
Dépenses brutes	189,7 $	185,2 $	176,7 $
Recettes	(36,1)	(40,7)	(32,2)
Dépenses nettes	153,6 $	144,5 $	144,5 $*

* Cette somme représente 18 % des dépenses réelles du secteur d'activité Promotion et protection de la santé.

Le fait que les recettes autorisées soient supérieures de 4,6 millions de dollars aux recettes prévues s'explique par l'augmentation des autorisations de crédit net pour les matériels médicaux. Les recettes réellement perçues sont inférieures de 8,5 millions de dollars aux recettes autorisées, principalement du fait que les recettes perçues ont été moindres dans le cas des programmes des matériels médicaux, des médicaments vétérinaires et des médicaments.

L'écart entre les dépenses prévues et les autorisations totales s'explique principalement par le fait que plus de ressources liées à l'initiative de sécurité publique et de lutte contre le terrorisme et aux programmes de recherche et développement en génomique ont été dépensées dans d'autres secteurs de service plutôt que dans celui des produits de santé et des aliments comme il était prévu au départ.

Contexte

Au cours de l'année, nous avons mis en place plusieurs initiatives clés qui contribuent à la sécurité des produits de santé et à la salubrité des aliments sur le marché et dans le système de santé du Canada, et qui permettent aux Canadiens de faire des choix sains et éclairés. En particulier, nous avons progressé vers les trois résultats stratégiques énoncés dans le Rapport sur les plans et les priorités de 2002-2003 :

- protection de la population canadienne contre les facteurs de risque associés aux produits de santé et aux aliments;
- approche intégrée de la gestion des risques pour la santé associés aux produits de santé et aux aliments, grâce à des activités scientifiques, stratégiques, de protection, de promotion et d'information;
- adoption de comportements sains par la population canadienne.

Pour y arriver, nous avons collaboré étroitement avec nos partenaires et les intervenants, notamment les industries des produits de santé et des aliments, les professionnels de la santé et des soins de santé, les patients, divers segments de la population, des organisations non gouvernementales, d'autres ministères fédéraux, d'autres administrations publiques, des organisations internationales du domaine de la santé et du commerce, le milieu universitaire et scolaire, d'autres organisations scientifiques et de recherche, et les médias. (Pour de plus amples renseignements, consulter l'adresse suivante : http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/index_f.html.)

Attentes relatives au rendement (AR) 2.5 : Protection de la population canadienne contre les facteurs de risque associés aux produits de santé et aux aliments

Priorités énoncées dans le Rapport de 2002-2003 sur les plans et les priorités (RPP)

Préparation efficace aux situations d'urgence et à l'intervention.

Évaluation et gestion efficaces, rapides et pertinentes des risques associés aux aliments.

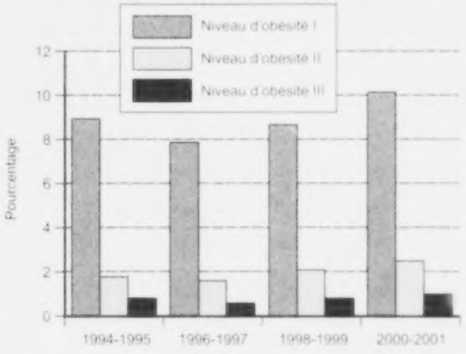
Programme de réglementation plus efficace, plus rapide et plus pertinent pour les médicaments, les aliments, les matériels médicaux, les produits biologiques, les produits de santé naturels et les thérapies génétiques.

Programmes de réglementation des médicaments à usage vétérinaire plus efficaces.

Afin de mettre en place le cadre ministériel de préparation aux situations d'urgence, nous avons recruté du personnel à cette fin et dressé un plan pour nous assurer de remplir nos obligations réglementaires essentielles en cas d'urgence. De plus, nous avons investi 370 000 $ dans l'achat de matériel de laboratoire pour pouvoir détecter les traces de substances toxiques et de contaminants chimiques dans les médicaments et les produits de santé naturels. Grâce à cette capa-

cité améliorée, nous sommes mieux équipés pour réagir aux menaces qui se présentent, comme le sabotage ou l'altération de produits, ou aux plaintes portant sur des réactions indésirables, et pour mener des enquêtes dans les cas où la présence d'ingrédients actifs non déclarés est soupçonnée dans des produits de santé offerts aux Canadiens. (Pour de plus amples renseignements, voir : http://www.hc-sc.gc.ca/francais/media/communiques/2002/2002_13bk2.htm.)

Prévalence des niveaux d'obésité au Canada, 1994-1995 à 2000-2001



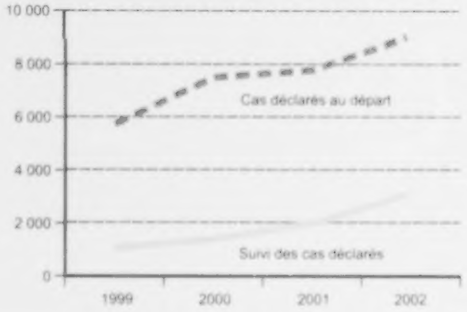
Sources : Statistique Canada. Enquête nationale sur la santé de la population. Fichier santé (données partagées). 1994-1995/1998-1999.
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, fichier à grande diffusion, 2000-2001

L'excès de poids et l'obésité constituent des problèmes de santé qui prennent de plus en plus d'importance au Canada. Une alimentation saine et une vie active sont des déterminants importants de la santé, qui permettent de maintenir le poids-santé. Depuis le 1[er] janvier 2003, de nouvelles exigences en matière d'étiquetage permettent aux Canadiens d'obtenir de plus amples renseignements sur la valeur nutritive de la plupart des aliments préemballés. Adopté à la suite de consultations poussées, le nouveau règlement exige que la plupart des étiquettes comportent un tableau « valeurs nutritives », précisant le nombre de calories et les 13 nutriments clés. Ces normes permettent également certaines allégations relatives à la santé, étayées par des données scientifiques. Nous avons mis au point des ressources et des outils d'information pour le consommateur et l'éducateur en ce qui concerne la nouvelle réglementation en matière d'étiquetage nutritionnel, notamment des documents conçus expressément pour les Premières nations et les Inuits. La nouvelle réglementation permet aux Canadiens de faire des choix plus éclairés en vue d'une alimentation saine, ce qui aidera à réduire les risques de maladie chronique attribuable à une mauvaise alimentation ou à l'obésité. (Pour de plus amples renseignements, voir l'adresse suivante : http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/onpp-bppn/labelling-etiquetage/index_f.html.)

Afin de soumettre les greffes de cellules, de tissus et d'organes à une norme de sécurité élevée, nous avons publié une directive et des exigences en matière de sécurité au début de 2003. Nous avons également lancé un examen national de certains établissements, afin de voir s'ils se conforment aux exigences de base en matière de sécurité et de prendre des mesures au besoin. L'Association canadienne de normalisation, financée par le Ministère et soutenue par un groupe d'experts, a élaboré un ensemble de normes nationales de sécurité à l'intention des établissements qui manipulent ou traitent des cellules, des tissus et des organes. Les dernières normes seront mises au point en juin 2003. (Pour de plus amples renseignements : http://www.hc-sc.gc.ca/francais/protection/mises_garde/2003/bc_earbank.htm.)

En réaction aux flambées de cas de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) à Toronto, en mars 2003, nous avons fourni de la ribavirine, médicament antiviral conçu pour le traitement du SRAS, par l'entremise du Programme d'accès spécial. De plus, nous avons travaillé en étroite collaboration avec les professionnels de la santé, afin de les renseigner sur les risques et les avantages associés à l'utilisation de ce médicament et de surveiller les éventuels effets indésirables. (Pour de plus amples renseignements : http://www.hc-sc.gc.ca/francais/protection/mises_garde/sras/miseajour44.html.)

Nous avons renforcé notre capacité de surveillance des médicaments qui se trouvent déjà sur le marché, afin de veiller à la sécurité des produits de santé disponibles, notamment des produits de santé thérapeutiques conçus pour les humains et des médicaments vétérinaires, et pour prendre rapidement les mesures qui s'imposent. L'augmentation régulière du nombre de cas de réaction indésirable déclarés au Canada depuis quatre ans témoigne de notre capacité accrue de surveillance des produits sur le marché et de la sensibilisation accrue des professionnels de la santé et des consommateurs. (Pour de plus amples renseignements : http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/tpd-dpt/about-mhpd_f.html.)



Pour s'assurer que les Canadiens sont au fait des renseignements nouveaux sur les risques et l'efficacité des produits de santé vendus sur le marché, nous avons publié 54 avis à l'intention des professionnels de la santé et des membres du grand public. Comme exemples d'avis importants destinés aux professionnels de la santé, citons ceux qui portaient sur le risque de méningite chez les patients ayant reçu un implant cochléaire et sur le risque d'étranglement des nourrissons que présentent les tubulures IV. Ces avis et d'autres permettent aux professionnels de la santé et aux Canadiens de faire des choix éclairés en ce qui concerne les risques et les avantages des produits de santé. (Pour de plus amples renseignements : http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/tpd-dpt/index_advisories_f.html.)

L'acrylamide est un produit chimique dont on se sert pour fabriquer les plastiques et divers autres matériaux, ainsi que certains emballages d'aliments. Or, les autorités suédoises en matière d'alimentation ont annoncé la découverte étonnante de traces d'acrylamide dans des aliments en avril 2002. D'autres chercheurs, dont ceux du Ministère, ont confirmé cette découverte. Nos chercheurs ont été les premiers

à décrire comment ce composé se forme dans certains aliments à base d'amidon, quand ceux-ci sont cuits à des températures élevées. Nous avons fait part de nos constatations à l'industrie canadienne de l'alimentation et à nos partenaires scientifiques internationaux à la mi-septembre, et publié nos travaux dans la revue Nature le 3 octobre 2002. Nous nous sommes engagés, avec l'aide de nos partenaires et de nos collaborateurs internationaux, à réduire les risques pour la santé associés à la présence de cette substance dans les aliments. (Pour de plus amples renseignements : http://www.hc-sc.gc.ca/food-aliment/cs-ipc/chha-edpcs/f_acrylamide_and_food.html.)

Pour établir des normes internationales et maintenir la confiance du consommateur pour ce qui touche la qualité, l'innocuité et l'efficacité des produits médicamenteux vétérinaires, nous avons participé à plusieurs initiatives internationales importantes, dont la conférence VICH (Conférence internationale sur l'harmonisation des exigences techniques pour l'enregistrement des médicaments vétérinaires, aux travaux du Comité du Codex sur les résidus de médicaments vétérinaires dans les aliments, et à ceux du Comité mixte d'experts des additifs alimentaires du FAO et de l'OMS (Organisation des Nations-Unies pour l'agriculture et Organisation mondiale de la santé). (Pour de plus amples renseignements : http://www.hc-sc.gc.ca/vetdrugs-medsvet/index_f.html.)

AR 2.6 : Approche intégrée de la gestion des risques pour la santé associés aux produits de santé et aux aliments, grâce à des activités scientifiques, stratégiques, de protection, de promotion et d'information

Priorités énoncées dans le RPP de 2002-2003

Approche cohérente et intégrée pour l'élaboration et la mise en œuvre de politiques et règlements reliés aux produits de santé et aux aliments.

Participation des Canadiens aux discussions et consultations portant sur les politiques et programmes reliés aux produits de santé et aux aliments.

Afin de réduire le risque de propagation du virus du Nil occidental dans les réserves de sang, en septembre 2002, nous avons donné des instructions aux administrateurs du sang sur l'exclusion ou le retrait des donneurs infectés ou présumés infectés. Nous avons entamé un dialogue avec l'industrie afin de favoriser la mise au point d'un test de dépistage du virus du Nil occidental chez les donneurs de sang. Ensuite, un test commercial a été conçu et approuvé en priorité. Héma-Québec commencera à tester les donneurs de sang pour détecter le virus au Québec le 25 juin 2003. La Société canadienne du sang commencera à utiliser le test dans tout le reste du Canada le 1er juillet 2003.

(Pour de plus amples renseignements : http://www.hc-sc.gc.ca/francais/virus_nil/transmission.html#1.)

Les infections d'origine alimentaire coûteraient plus de 1 milliard de dollars par année. Or, d'abondantes données scientifiques confirment l'efficacité de l'irradiation pour la réduction de la charge bactérienne des aliments qui présentent un risque élevé. Nous avons consulté les consommateurs au sujet d'un projet de règlement sur les usages nouveaux de l'irradiation des aliments (p. ex. pour le bœuf haché) et du Code canadien de pratiques recommandées pour l'irradiation des aliments. Les avis recueillis nous permettront de poursuivre notre examen de la question. Nous avons publié nos résultats par l'entremise d'une émission de télévision nationale sur les affaires publiques, dans un magazine d'actualité nationale et sur notre site Web. (Pour de plus amples renseignements : http://www.hc-sc.gc.ca/food-aliment/fpi-ipa/f_irradiation_index.html/.)

La résistance aux antimicrobiens réduit l'efficacité des agents antimicrobiens, par exemple des antibiotiques et des antiviraux, et peut nuire au traitement de la maladie chez les humains et les animaux. Le rapport final publié par le Comité consultatif d'experts sur l'utilisation d'antimicrobiens chez les animaux et les conséquences pour la résistance et la santé humaine, groupe qui réunissait de multiples intervenants, est pris en considération dans l'élaboration de nouvelles politiques sur la résistance aux antimicrobiens. Le Programme canadien intégré de surveillance de la résistance aux antimicrobiens a été créé pour établir la base de données scientifiques nécessaire à l'évaluation et à la gestion des risques liés à la résistance aux antimicrobiens. (Pour de plus amples renseignements : http://www.hc-sc.gc.ca/vetdrugs-medsvet/amr_policy_dev_f.html.)

Afin d'harmoniser et de mettre à jour l'information de prescription pour les médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens, médicaments qui servent à atténuer la douleur et l'inflammation associées aux rhumatismes et à des maladies moins graves, nous avons parrainé un atelier de deux jours et réuni 17 experts (scientifiques, médecins et patients) en août 2002. À partir des discussions ainsi tenues, nous avons révisé la ligne directrice. L'amélioration des renseignements professionnels sur ces médicaments entraînera une réduction des réactions indésirables connexes. (Pour de plus amples renseignements : http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/tpd-dpt/nsaids_f.html.)

Au cours des deux dernières années, nous avons augmenté le nombre de consultations auprès des Canadiens et des intervenants sur les produits de santé et les initiatives « alimentaires » clés. En novembre 2002, nous avons créé un Comité de consultation publique, composé de 16 membres, afin de connaître le point de vue du grand public sur nos politiques et les questions dont nous sommes responsables. Au cours des six premiers mois, le Comité a présenté ses idées et éclairé nos décisions. De même, nous collaborons étroitement avec les organisations représentant les patients, afin de déterminer comment faire pour mieux tenir compte de leurs perspectives et de leur expertise. Cela a contribué à accroître la transparence et à améliorer les décisions.

(Pour de plus amples renseignements : http://bpcp.hc-sc.gc.ca).

AR 2.7 : Adoption de comportements sains par la population canadienne

Priorité énoncée dans le RPP de 2002-2003

Communication au public d'information et d'outils à jour et précis sur les comportements sains associés aux produits de santé et aux aliments.

Les intoxications d'origine alimentaire ont souvent pour cause une manipulation et une préparation inadéquates des aliments. La campagne de sensibilisation publique « À bas les BACtéries! »MC permet aux Canadiens de se renseigner davantage sur la salubrité des aliments et sur les bonnes pratiques de manipulation des aliments. L'an dernier, le message portait sur la nécessité d'utiliser un thermomètre pour la cuisson du bœuf haché. On a diffusé également une annonce à la télévision pour promouvoir les techniques de cuisson adéquates et véhiculer des messages clés en matière de salubrité des aliments. (Pour de plus amples renseignements : http://www.hc-sc.gc.ca/food-aliment/mh-dm/mhe-dme/f_abaslesbac.html.)

Afin d'aider les professionnels de la santé, les chercheurs et les éducateurs à déceler les risques de l'obésité pour la santé au sein des populations et chez les individus, nous avons conçu les *Lignes directrices pour la classification du poids chez les adultes*, qui comprennent notamment un *Guide de référence rapide*. Les nouvelles lignes directrices constituent une mise à jour du système de classification du poids en usage au Canada depuis 1988 et tiennent compte des recommandations de l'Organisation mondiale de la santé. (Pour de plus amples renseignements : http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/onpp-bppn/index_f.html.)

Nous avons mis sur pied un comité consultatif d'experts pour nous conseiller au sujet de la mise en œuvre du projet sur les apports nutritionnels de référence. Les apports nutritionnels de référence sont des valeurs qui aident à prendre des décisions au sujet des politiques et des programmes de nutrition. Le travail en question fait partie d'un examen global des avis diététiques au Canada, lequel a pour but de vérifier la concordance avec les données scientifiques les plus récentes et de promouvoir des habitudes alimentaires qui répondent aux besoins en nutriments et réduisent le risque de maladies chroniques liées à l'alimentation. (Pour de plus amples renseignements : http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/onpp-bppn/diet_eac_f.html.)

Pour de plus amples renseignements sur nos travaux et nos initiatives clés, consulter : http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/index_f.html.

Environnements plus sains et produits plus sûrs pour la population canadienne

Objectif

Promouvoir des milieux de vie, de travail et de loisir sains; assurer la sécurité et l'efficacité des produits destinés aux fabricants et des produits de consommation qui sont sur le marché canadien.

Information financière

En millions de dollars	Dépenses prévues 2002-2003	Total des crédits autorisés 2002-2003	Dépenses réelles 2002-2003
Dépenses brutes	212,4 $	220,3 $	218,0 $
Recettes	(9,8)	(9,8)	(7,5)
Dépenses nettes	202,6 $	210,5 $	210,5 $*

* Cette somme représente 26,2 % des dépenses réelles du secteur d'activité Promotion et protection de la santé.

Les recettes réellement perçues sont inférieures de 2,3 millions de dollars aux recettes autorisées, ce qui est principalement attribuable au fait que le Programme de santé au travail et de sécurité du public a perçu moins de recettes que prévu.

L'écart entre les dépenses prévues et les crédits autorisés s'explique principalement par le fait qu'on a dépensé plus de ressources que prévu pour l'initiative de sécurité publique et de lutte contre le terrorisme et pour les programmes de recherche et développement en génomique.

Environnements plus sains et produits plus sûrs pour la population canadienne

Objectif

Promouvoir des milieux de vie, de travail et de loisir sains; assurer la sécurité et l'efficacité des produits destinés aux fabricants et des produits de consommation qui sont sur le marché canadien.

Information financière

En millions de dollars	Dépenses prévues 2002-2003	Total des crédits autorisés 2002-2003	Dépenses réelles 2002-2003
Dépenses brutes	212.4 $	220.3 $	218.0 $
Recettes	(9.8)	(9.8)	(7.5)
Dépenses nettes	202.6 $	210.5 $	210.5 $*

* Cette somme représente 26,2 % des dépenses réelles du secteur d'activité Promotion et protection de la santé.

Les recettes réellement perçues sont inférieures de 2,3 millions de dollars aux recettes autorisées, ce qui est principalement attribuable au fait que le Programme de santé au travail et de sécurité du public a perçu moins de recettes que prévu.

L'écart entre les dépenses prévues et les crédits autorisés s'explique principalement par le fait qu'on a dépensé plus de ressources que prévu pour l'initiative de sécurité publique et de lutte contre le terrorisme et pour les programmes de recherche et développement en génomique.

Contexte

Cinq programmes distincts (stratégie antidrogue et substances contrôlées, sécurité des produits, sécurité des milieux, lutte contre le tabagisme, et santé au travail et sécurité du public) visent à assurer des milieux plus sains et des produits plus sûrs pour les Canadiens. Pour obtenir les résultats escomptés en faisant appel à un large éventail de partenaires et d'intervenants, chacun de ces programmes joue un rôle particulier et a une sphère d'influence particulière. Comme exemples de projets de collaboration, citons la préparation aux situations d'urgence dans le domaine nucléaire, la lutte contre le tabagisme, et l'adoption volontaire par les provinces, les territoires et les municipalités de nos recommandations sur la qualité de l'eau potable. Des partenariats ont été créés pour régler des questions comme la pollution de l'air (voir le site de l'Association pulmonaire du Nouveau-Brunswick : www.nb.lung.ca) et l'application de la *Loi canadienne sur la protection de l'environnement* (LCPE) (Environnement Canada : www.ec.gc.ca; et l'Organisation de coopération et de développement économiques : http://www.oecd.org/home/0,2605,fr_2649_201185_1_1_1_1_1,00.html).

Un des défis les plus importants à relever consiste à concilier les intérêts et attentes des clients-partenaires et les moyens dont on dispose, tout en s'assurant de bâtir une solide assise de connaissances scientifiques susceptibles d'éclairer les décisions et les mesures envisagées.

Environ 80 % de nos ressources sont consacrées aux travaux de promotion et de protection de la santé qui sont déjà entamés et seront de longue durée. Les autres activités ont pour fin l'amélioration – des initiatives nouvelles et des façons nouvelles d'entreprendre les activités. En employant cette approche, nous avons réalisé des progrès par rapport à deux des résultats clés énoncés dans le Rapport sur les plans et les priorités de 2002-2003.

Attentes relatives au rendement (AR) 2.8 : Diminution des risques en matière de santé et de sécurité et meilleure protection contre les dommages associés aux dangers dans le milieu de travail, aux risques environnementaux, aux produits de consommation (incluant les cosmétiques), aux dispositifs émettant des radiations, aux nouvelles substances chimiques et aux produits de la biotechnologie.

Priorités énoncées dans le Rapport de 2002-2003 sur les plans et les priorités (RPP)

Protéger la santé et le bien-être des Canadiens en cas de catastrophe naturelle ou causée par l'homme.

Réduire l'exposition aux dangers reliés à l'environnement et aux radiations cliniques.

Augmenter les connaissances sur les effets des polluants et des changements climatiques sur la santé; diminuer l'exposition des Canadiens aux substances toxiques présentes dans l'environnement.

Réduire les conséquences des projets de développement sur la santé humaine, grâce à une connaissance accrue de leurs incidences sur les déterminants de la santé.

Réduire l'exposition des Canadiens aux dangers associés aux produits de consommation (incluant les cosmétiques), aux dispositifs émettant des radiations, aux produits chimiques commerciaux et aux produits de la biotechnologie.

Réduire l'exposition des voyageurs aux dangers pour la santé, à l'intérieur du Canada.

Contribuer à accroître l'efficacité, la productivité et la compétitivité organisationnelles en améliorant la santé, la sécurité et le bien-être des travailleurs.

Les événements du 11 septembre 2001 ont accentué la nécessité d'améliorer la capacité de préparation et d'intervention des autorités canadiennes face aux incidents nucléaires non prévus, et de soutenir la santé physique et psychologique des employés du gouvernement du Canada qui interviennent aux besoins des Canadiens en cas d'urgence. En 2002-2003, Santé Canada a reçu 22 millions de dollars, puis 12 millions de dollars par la suite pour : 1) renforcer la capacité de préparation et d'intervention fédérale face aux incidents radiologiques/nucléaires d'origine terroriste; 2) établir la capacité nécessaire pour soutenir les employés sur le plan physique et psychologique (p. ex. en offrant de la formation sur les interventions traumatologiques); 3) créer des services d'expertise et de consultation en évaluation des produits chimiques.

Les nouveaux fonds permettront également au Ministère de mieux gérer les effets sur la santé de l'utilisation d'armes de destruction massive non conventionnelles – explosives, chimiques, biologiques, radiologiques ou nucléaires (E/CBRN). Plus particulièrement, le Ministère a établi : 1) une meilleure capacité multigouvernementale de préparation et d'intervention en cas d'urgence (provinces et territoires, autres ministères fédéraux, partenaires internationaux) grâce à l'élaboration et à l'application de plans d'urgence rajustés en fonction des leçons apprises; 2) une capacité de faire face aux effets d'un incident E/CBRN sur la santé des employés fédéraux . Le Ministère a également amélioré la communication du Plan fédéral en cas d'urgence nucléaire et lancé un nouveau site Web (www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/neprd/splash.htm) en janvier 2003, qui a reçu 3 152 visites au cours des deux premier mois. Le site Web a pour but de faire connaître et de diffuser l'information publique, particulièrement en cas d'urgence.

Le cancer du sein est le cancer le plus souvent diagnostiqué chez les Canadiennes.

En 2002, voulant promouvoir la meilleure qualité possible pour les mammographies, Santé Canada a élaboré le *Guide canadien de qualité en mammographie* (http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/perpcc/publication/02sesc267/tdm.htm) et en a distribuée 5 000 exemplaires aux professionnels de la santé, qui l'ont adopté dans tout le pays. Conçu de concert avec les gouvernements provinciaux, les professionnels de la santé et des survivantes du cancer du sein, le guide aidera les établissements à améliorer le dépistage des petites tumeurs, à réduire les doses de radiation et à réduire le taux de décès lié au cancer du sein.

Santé Canada s'est attaqué à toute une série de priorités environnementales en faisant appel à ses ressources scientifiques en santé. L'eau potable demeure une responsabilité provinciale – territoriale, mais le Ministère a investi 1,1 million de dollars pour mettre à jour les recommandations en la matière et en ajouter d'autres de façon à réduire les effets indésirables sur la santé. L'ensemble des provinces, des territoires et des municipalités utilisent les recommandations pour établir les normes qu'elles imposent elles-mêmes.

En collaboration avec 11 autres organismes et ministères fédéraux, Santé Canada a établi le comité fédéral de l'eau des Prairies dans le cadre d'une approche fédérale commune des questions touchant l'eau dans les Prairies. Le lien ainsi créé permettra d'élaborer des outils pour établir les priorités et saisir les possibilités de concertation.

Pour s'acquitter de ses responsabilités en vertu de la *Loi canadienne sur la protection de l'environnement*, Santé Canada a évalué des substances quant à leurs effets possibles sur la santé humaine et, le cas échéant, mis en œuvre des stratégies de gestion des risques de concert avec ses partenaires. En outre, on a mis au point des propositions concernant la méthode à utiliser pour déterminer, parmi 23 000 substances, celles qui pourraient poser un danger important pour la santé humaine. Ensemble, ces mesures éclaireront les stratégies visant à réduire l'exposition des Canadiens.

Les articles approuvés par les pairs qui paraissent dans des publications internationalement reconnues sont un indicateur de la qualité des évaluations. En 2002-2003, trois évaluations en vertu de la *Loi sur la protection de l'environnement* ont été publiées dans le *Journal of Toxicology and Environmental Health* et dans les *Résumés succincts internationaux sur l'évaluation des risques chimiques* (Organisation mondiale de la santé).

Dans le cadre de l'engagement global du gouvernement à l'égard du changement climatique, et à l'aide de ressources de 0,9 million de dollars, Santé Canada a produit des évaluations et des conseils sur les risques pour la santé, et soutenu des réseaux de recherche qui aident à produire des renseignements fiables sur les points vulnérables du Canada. En outre, le Ministère a mis au point des outils comme l'abécédaire en matière de politiques (http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/becs/publications/abecedaire_politique/couverture.htm) et, de concert avec l'Organisation mondiale de la santé, rédigé les *Lignes directrices sur*

l'évaluation des répercussions du changement climatique sur la santé (www.who.int/peh/climate/phe0204/phe0204tocf.htm). Les documents en question ont généré des connaissances, amélioré la compréhension des liens entre le changement climatique et la santé des Canadiens, et permis l'élaboration de politiques et la prise de décisions éclairées de la part des professionnels de la santé publique. Parmi les indicateurs de rendement, citons l'exécution des activités dans les délais prévus, la rétroaction positive clients-partenaires (Conseil des médecins-hygiénistes en chef du Canada) et une plus grande sensibilisation du public, comme en témoignent les 7 290 visites sur le site Web durant le dernier trimestre de 2002-2003 – augmentation de 108 % par rapport à la même période, l'année précédente.

La région de l'Ontario et du Nunavut joue un rôle de plus en plus important dans les initiatives touchant les Grands Lacs, notamment au sein de la Commission mixte internationale, organisme binational qui rend compte de la mise en œuvre de l'Accord relatif à la qualité de l'eau dans les Grands Lacs. La participation à l'Accord Canada-Ontario concernant l'écosystème du bassin des Grands Lacs a débouché sur des partenariats améliorés avec d'autres ministères ainsi que des ministères provinciaux. La collaboration entre les bureaux régionaux et national assure un soutien scientifique et en tout temps.

Santé Canada est l'unique fournisseur de services consultatifs aux ministères fédéraux quant aux incidences des activités fédérales sur la santé; en 2002, le Ministère a effectué une centaine d'examens et une vingtaine d'études exhaustives. Par exemple, le projet de génération et de distribution d'hydroélectricité de Wuskwatim, près de Thompson, au Manitoba, est développé de concert avec la nation crie locale. Santé Canada a évalué les risques pour la santé associés aux champs électromagnétiques et à la consommation de poissons contenant du mercure. Ce service a permis d'améliorer la compréhension, et de prévenir et atténuer les risques pour la santé, grâce à l'autoréglementation.

Santé Canada a joué un rôle directeur en réalisant des études qui ont démontré que les niveaux de radioactivité dans la nourriture traditionnelle des Premières nations de l'Arctique n'avaient pas d'incidence sur la santé. Parmi les retombées de cette initiative, citons le renforcement des partenariats avec Environnement Canada et avec les communautés des Premières nations.

Santé Canada a réduit l'exposition aux dangers associés aux produits de consommation évaluant 700 nouvelles substances chimiques et nouveaux produits de la biotechnologie avant leur mise en marché, et en établissant des priorités pour l'évaluation environnementale des substances visées par la *Loi canadienne sur la protection de l'environnement* ou la *Loi sur les aliments et drogues*. Les deux activités ont permis d'identifier des substances toxiques qui posent peut-être un risque pour la santé humaine, et ont permis de réduire l'exposition à ces substances en empêchant ou en contrôlant leur entrée sur le marché.

Le lien entre l'exposition au plomb et les problèmes de santé est depuis longtemps établi. En 2002, Santé Canada a réalisé des études qui ont permis de conclure que la réglementation serait une façon efficace de réduire les concentrations de plomb dans les bijoux des enfants et dans les mèches de chandelles. En conséquence, le Ministère rédige actuellement un règlement sur l'importation, la publicité et la vente des bijoux pour enfants et les chandelles ayant une mèche à âme de plomb.

Selon la recherche, des concentrations peu élevées de plomb peuvent nuire au développement intellectuel et comportemental des enfants.

Canfield, R.L, et coll., *New England Journal of Medicine*, 348(16) 1517-1526, le 17 avril 2003.

Le Canada étant une destination de plus en plus prisée des voyageurs, le Ministère a dépensé 1,4 million de dollars pour protéger les voyageurs contre les maladies transmissibles à bord des véhicules de transport en commun (avions, trains, bateaux de croisière) et assurer la salubrité de l'eau et des aliments. En 2002-2003, neuf flambées de gastro-entérites ont été déclarées à bord de navires de croisière dans les eaux canadiennes. Grâce à des mesures comme la mise à l'essai d'un système électronique de surveillance des troubles gastro-intestinaux à bord des navires de croisière, nous avons réuni de précieuses données sur les flambées de maladie à bord des navires de croisière et les avons transmises au Ministère, pour qu'une décision soit prise dans les plus brefs délais et que le problème soit bien endigué. Cet outil de travail a permis de maintenir la confiance à l'égard des mesures d'hygiène publique du Canada et de les coûts associés à ces flambées. La mise en œuvre intégrale du système est prévue pour 2003-2004.

Santé Canada a amorcé l'établissement d'ententes avec l'industrie du transport des passagers pour que celle-ci se conforme volontairement aux programmes d'hygiène publique. Le programme du Ministère est unique dans le monde : il consiste en une approche globale et intégrée qui encourage l'adoption de pratiques de prévention communes par les grands transporteurs, afin de réduire l'incidence des maladies.

L'Institut canadien des inspecteurs en hygiène publique a présenté à Santé Canada le prix Alexander Officer pour l'innovation et l'excellence en élaboration et en gestion de programme pour ses réalisations exceptionnelles et méritoires dans le domaine de l'hygiène publique.(www.ciphi.ca/awards.htm)

En vue de remplir son mandat tout en réduisant les coûts en soins de santé et en améliorant la productivité économique, Santé Canada a mis en branle un processus pluriannuel pour promouvoir le programme national d'hygiène au travail. En encourageant des mesures globales d'hygiène au travail, le Ministère sera plus à même de présenter la santé au travail comme un moyen de relever les défis quotidiens et de régler les conflits entre la vie professionnelle et la vie personnelle.

Pour ce qui est du travail effectué avec les partenaires (intervenants fédéraux-provinciaux-territoriaux, associations d'entre-

prises et de travailleurs, organisations non gouvernementales, milieu universitaire), parmi les premières réalisations, citons l'appui à la recherche et la sensibilisation relativement aux liens entre la santé au travail et les résultats prévus, selon des études récentes (www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/travail/autres.htm). Des indicateurs de rendement seront élaborés au moment de l'étape de mise en œuvre du programme national.

Santé Canada s'est entendu avec 13 organismes fédéraux-provinciaux-territoriaux pour mettre en œuvre une stratégie nationale de conformité avec le Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail (SIMDUT) (voir : www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/simdut/contacts.htm pour découvrir qui sont les partenaires). La stratégie permettra aux inspecteurs d'hygiène et de sécurité au travail de prendre des mesures d'exécution opportunes et cohérentes à l'échelle nationale, ce qui réduira la fréquence des maladies et des blessures chez les Canadiens en milieu de travail.

AR 2.9 : Diminution des risques en matière de santé et de sécurité associés à l'usage du tabac et à l'abus de drogues, d'alcool et d'autres substances contrôlées

Priorités énoncées dans le RPP de 2002-2003

Démontrer un leadership national et gérer des programmes visant à réduire et à prévenir les dommages associés aux drogues, à l'alcool et à d'autres substances contrôlées.

Réduire le tabagisme et enrayer les maladies et les décès qu'il provoque au Canada.

Santé Canada a aidé à mener à bien des poursuites pénales en identifiant des substances contrôlées, en démantelant des laboratoires de drogues illicites et en coordonnant l'échange national des connaissances sur l'abus des drogues, de l'alcool et des substances. Le Ministère partage la responsabilité de cette priorité avec des partenaires comme le ministère du Solliciteur général, la GRC, le ministère de la Justice, l'Agence des douanes et du revenu du Canada et le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (www.ccsa.ca).

Pour soutenir les mesures judiciaires (poursuites ou négociation de règlements p. ex. négociation d'aveux), le Service d'analyse des drogues a émis plus de 87 000 certificats d'analyse et aidé à enquêter sur 30 laboratoires clandestins, ainsi qu'à les démanteler. Le coût s'est élevé à 7,2 millions de dollars.

Quelque 2 000 certificats n'ont pas été émis pour diverses raisons : confirmation que les échantillons n'étaient pas des drogues, report du travail à l'exercice suivant et retrait de certaines analyses (enregistrement d'un plaidoyer de culpabilité, par exemple). Étant donné le volume croissant de demandes au fil du temps, le Service d'analyse des

drogues a rationalisé son réseau de laboratoires et amélioré la formation de son personnel et ses programmes d'assurance de la qualité, afin de répondre aux exigences des clients. Des indicateurs de rendement ont été établis en 2002-2003 en rapport avec le respect de délais clés : 1) 60 jours pour l'analyse de drogues constituant des pièces à conviction (délai respecté dans 60 % des cas); 2) exécution de toute analyse urgente du genre dans un délai de 24 à 48 heures. Une vérification interne portant sur l'ensemble des laboratoires a permis de démontrer que les systèmes de qualité fonctionnent.

Au cours de l'année, les Canadiens ont reçu des renseignements sur l'abus des drogues, de l'alcool et des substances. Santé Canada a dépensé 0,4 million de dollars pour produire et diffuser, à l'intention des professionnels de la santé, 11 000 exemplaires des lignes directrices pour les programmes de traitement à la méthadone et 11 000 exemplaires pour les intervenants auprès des personnes âgées ayant des problèmes de toxicomanie. Les fonds ont servi également à coordonner un atelier portant la prévention des méfaits. Plus de 40 professionnels de la santé y ont participé. Selon une rétroaction officieuse sur l'atelier, certains professionnels utilisent les lignes directrices sur les pratiques exemplaires. Aucun indicateur du rendement n'a encore été établi pour la coordination des connaissances, mais la réalisation d'enquêtes et la collecte de données de base éclaireront l'élaboration de tels indicateurs.

En 2002-2003, Santé Canada a continué de mettre en œuvre une stratégie média de lutte contre le tabagisme. Les campagnes sur l'exposition à la fumée secondaire et l'abandon du tabac ont suivi la campagne de la première année, qui a permis de brosser le tableau général des conséquences du tabagisme pour la santé des Canadiens. De plus, 27 projets ont reçu des subventions et des contributions, une campagne média a été mise à l'essai dans les provinces de l'Atlantique – lancement d'une ligne 1 800 d'encouragement à l'abandon de la cigarette – et des fonds ont été fournis pour soutenir la campagne média de l'Alberta, ce qui représente des dépenses totales de 27 millions de dollars. Pour toutes les annonces, le taux de mémorisation s'est placé constamment au-dessus de la barre des 50 %, ce qui prouve que les messages portent. La campagne d'encouragement à l'abandon du tabac semble avoir été particulièrement efficace. Un sondage réalisé par Santé Canada avant la campagne a révélé que 50 % des fumeurs voulaient cesser de fumer. Les sondages réalisés après la campagne ont indiqué que 64 % des fumeurs souhaitent arrêter.

Le taux de consommation de tabac continue de baisser. Selon l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada, réalisée par Statistique Canada (2002), le taux de prévalence du tabagisme chez les personnes ayant 15 ans ou plus se situerait autour de 21 %, taux le plus faible enregistré depuis qu'on a commencé à surveiller le tabagisme, soit en 1965 (www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tabac/recherches/esutc/index.html#2002). Une diminution de la prévalence du tabagisme devrait entraîner une diminution de la prévalence des maladies et des décès dûs à la consommation du tabac, laquelle est à l'origine de 45 000 décès de Canadiens chaque année. (www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/cdic-mcc/20-3/b_f.html).

Dans la région de l'Ontario et du Nunavut, « Not for Kids » – programme efficace qui fait appel à l'éducation et aux mesures d'exécution pour réduire l'accès des jeunes au tabac – rejoint maintenant la moitié de la population. Le programme incite les gens à se demander s'il est acceptable que les jeunes aient accès au tabac, en recourant à la sensibilisation et aux mesures d'exécution. Les organismes de santé, de services sociaux et d'éducation collaborent avec le secteur privé pour adapter le programme aux besoins de la collectivité. L'évaluation du programme révèle une plus grande sensibilisation de la collectivité à la *Loi sur la réglementation de l'usage du tabac* et une diminution de l'inobservation de la loi chez les détaillants.

Santé Canada a aussi consacré 0,8 million de dollars à des activités internationales, et s'est imposé comme un leader actif et respecté durant les négociations de la Convention cadre pour la lutte antitabac, adoptée par l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2003. La ratification de la Convention entraînera l'adoption d'un ensemble commun de mesures pour lutter contre le tabagisme : surveillance, réglementation et promotion de l'abandon du tabac; restriction ou interdiction de la publicité, de la promotion et de la commandite; et lutte contre le commerce illicite des cigarettes.

Sites Web pertinents

Direction générale de la santé environnementale et de la sécurité des consommateurs

http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/sesc/psm/index.htm

Programme de santé au travail et de sécurité du public

http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/pstsp/index.htm

Programme de la sécurité des produits

www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/psdp/index.htm

Programme de la stratégie antidrogue et des substances contrôlées

www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/sesc/dasc.htm

Programme de la lutte au tabagisme

www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tabac/index.html

Des produits et des programmes de lutte antiparasitaires durables pour les Canadiens

Objectif

Protection de la santé humaine et de l'environnement par la réduction des risques associés aux produits antiparasitaires.

Information financière

En millions de dollars	Dépenses prévues en 2002-2003	Total des crédits autorisés en 2002-2003	Dépenses réelles en 2002-2003
Dépenses brutes	37,1 $	38,7 $	38,5 $
Recettes	(7,0)	(7,0)	(6,8)
Dépenses nettes	30,1 $	31,7 $	31,7 $*

* Cette somme représente 4,0 % des dépenses réelles du secteur d'activité de la Promotion et de la protection de la santé.

L'écart entre les dépenses prévues et les crédits autorisés est essentiellement attribuable à l'affectation de fonds supplémentaires, notamment pour l'initiative de sécurité publique et de lutte contre le terrorisme, qui n'était pas mentionnée dans les prévisions de ce secteur d'activité, et à une augmentation de ressources pour satisfaire aux exigences du programme.

Des produits et des programmes de lutte antiparasitaires durables pour les Canadiens

Objectif

Protection de la santé humaine et de l'environnement par la réduction des risques associés aux produits antiparasitaires.

Information financière

En millions de dollars	Dépenses prévues en 2002-2003	Total des crédits autorisés en 2002-2003	Dépenses réelles en 2002-2003
Dépenses brutes	37,1 $	38,7 $	38,5 $
Recettes	(7,0)	(7,0)	(6,8)
Dépenses nettes	30,1 $	31,7 $	31,7 $*

* Cette somme représente 4,0 % des dépenses réelles du secteur d'activité de la Promotion et de la protection de la santé.

L'écart entre les dépenses prévues et les crédits autorisés est essentiellement attribuable à l'affectation de fonds supplémentaires, notamment pour l'initiative de sécurité publique et de lutte contre le terrorisme, qui n'était pas mentionnée dans les prévisions de ce secteur d'activité, et à une augmentation de ressources pour satisfaire aux exigences du programme.

Contexte

Tous les produits utilisés pour contrôler, détruire, attirer ou éloigner les organismes nuisibles qui sont vendus ou importés au Canada sont réglementés par l'Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire (ARLA) en vertu de la *Loi sur les produits antiparasitaires* (LPA). Ces produits, qui comprennent des produits chimiques, des dispositifs, des substituts non chimiques et même des organismes, sont appelés produits antiparasitaires ou pesticides. Seulement les pesticides dont on a démontré le caractère sûr et efficace sont homologués. Nous examinons les demandes d'homologation de nouveaux pesticides, réévaluons les anciens pesticides par rapport aux normes en vigueur, surveillons l'utilisation, la vente et la fabrication des pesticides au Canada afin d'en assurer la conformité, et élaborons des politiques et des programmes de lutte antiparasitaire durables. En outre, nous améliorons nos programmes pour atteindre notre objectif.

Nous travaillons de concert avec des partenaires internationaux comme la *United States Environmental Protection Agency* (EPA des États-Unis) et d'autres pays par le truchement de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), des ministères fédéraux et provinciaux, des organismes non gouvernementaux, des intervenants du domaine de la lutte antiparasitaire et la population canadienne. Notre démarche vise trois résultats pour les Canadiens : des produits antiparasitaires sûrs et efficaces, la conformité avec la LPA et son règlement, et l'application de pratiques de lutte antiparasitaire durables, qui réduisent la dépendance à l'égard des pesticides. Nous élaborons présentement un cadre de rendement qui nous aidera à mesurer notre progression vers les résultats escomptés.

Attentes relatives au rendement (AR) 2.10 : Produits de lutte antiparasitaires sûrs et efficaces

Priorités énoncées dans le Rapport de 2002-2003 sur les plans et les priorités (RPP)

Décisions réglementaires fondées sur des activités scientifiques solides et à jour.

Processus de réglementation ouvert, transparent et participatif et accès rapide à des produits sécuritaires et efficaces.

Réévaluation

On évalue les ingrédients actifs des pesticides et les préparations commerciales à l'aide des meilleurs outils scientifiques accessibles au moment de l'homologation. Afin de maintenir des normes élevées, nous réévaluons périodiquement les anciens pesticides en ayant recours à des approches modernes d'évaluation des risques et à des données récentes. Nous déterminons s'il est raisonnable de permettre l'utilisation de ces pesticides aujourd'hui et s'il faut modifier les usages d'un produit. On peut abandonner ou éliminer graduellement un produit ou certains de ses usages si on ne dispose

pas de données récentes suffisantes pour justifier l'homologation continue.

Cette année, nous avons investi environ 7 millions de dollars dans notre programme de réévaluation. Les titulaires d'homologation ont consenti à cesser de vendre des préparations commerciales qui contenaient 17 ingrédients actifs. Nous avons établi les conditions à respecter pour l'utilisation continue sûre de produits contenant deux autres ingrédients actifs, dont le DEET. Le DEET est très utilisé dans la composition des insectifuges à usage personnel. Nous avons aussi procédé à des consultations auprès du public et des intervenants pour leur soumettre des propositions décrivant les conditions de l'utilisation continue ou de l'élimination graduelle des pesticides organophosphorés (une catégorie de pesticides souvent utilisé dans les cultures vivrières).

Nous avons en outre effectué des évaluations plus spécifiques et plus pointues des risques posés par les pesticides d'intérêt public, notamment des pesticides pour pelouse et gazon les plus courants en milieu résidentiel. Nous avons également conclu une entente qui prévoit l'arrêt du traitement généralisé des pelouses avec du malathion; en vertu des ententes déjà conclues, on cessera graduellement d'utiliser le chlorpyrifos et le diazinon sur les pelouses résidentielles. De plus, en prévision des programmes qui seront mis en place pour réduire le nombre de moustiques, vecteurs potentiels du virus du Nil occidental, nous avons effectué un examen pour vérifier si l'innocuité de la vaporisation de malathion dans les zones urbaines résidentielles.

Pour obtenir plus de renseignements, consulter : http://www.hc-sc.gc.ca/pmra-arla/francais/pubs/pacr-f.html; http://www.hc-sc.gc.ca/pmra-arla/francais/pubs/rev-f.html; http://www.hc-sc.gc.ca/pmra-arla/francais/pubs/rrd-f.html.

Décisions réglementaires

Nous fournissons un accès à des pesticides plus sûrs en homologuant de nouveaux produits, notamment des produits qui présentent moins de risques et des produits à usage limité. Nous avons homologué 12 nouveaux ingrédients actifs de pesticides et 26 nouveaux produits, dont neuf biopesticides. Nous avons également établi 17 nouvelles limites maximales de résidus (LMR) pour les pesticides dont les nouveaux usages sont homologués en vertu de la *Loi sur les aliments et drogues*. Nous avons rédigé plus de 3 300 demandes d'homologation ou de modification de produits antiparasitaires, et nous avons investi environ 18,8 millions de dollars dans le programme.

Nous facilitons l'accès aux pesticides qui sont utilisés dans les cultures agricoles sur superficie limitée et qui ne pourraient pas autrement être homologués au Canada à cause de leur faible volume de vente prévu. Pour une lutte antiparasitaire rentable, l'homologation des pesticides à usage limité est essentielle. Le 24 juin 2002, on a annoncé un nouveau financement (54,5 millions de dollars sur six ans, dont 20,8 millions de dollars pour l'ARLA et 33,7 millions de dollars pour Agriculture et Agroalimentaire Canada (AAC)), qui permettra aux producteurs canadiens d'avoir un meilleur accès

aux pesticides à risques réduits, notamment aux pesticides à usage limité, tout en respectant les mêmes normes rigoureuses et scientifiques. Nous avons embauché des employés additionnels en prévision de la hausse des demandes d'homologation de pesticides à usage limité, et nous avons nommé un conseiller en matière de pesticides à usage limité qui assurera la liaison avec les agriculteurs canadiens, AAC et l'EPA des États-Unis. Ainsi, nous avons pu homologuer 743 usage limité en 2002-2003, comparativement à 171 en 2001-2002.

Nous avons respecté nos normes de rendement pour l'examen des demandes d'homologation de pesticides dans plus de 74 % des cas. Notre rendement est plus faible que l'an dernier (85 %), mais nous attribuons cette baisse au fait que nous avons concentré nos efforts sur les examens prioritaires conjoints, et les demandes concernant les pesticides à risques réduits et les pesticides à usage limité. Cette expérience nous permettra d'adapter nos pratiques opérationnelles dans les années à venir et de surveiller de près l'évolution de toutes les demandes afin d'atteindre les objectifs fixés en matière de rendement.

Nouvelle *Loi sur les produits antiparasitaires*

En mars 2002, la ministre de la Santé a proposé au Parlement un nouveau projet de loi qui prévoit la réforme du règlement sur les pesticides et fournit des bases législatives solides pour le renforcement du système réglementaire de lutte antiparasitaire du Canada. Nous avons fourni le soutien législatif nécessaire à l'examen du projet de loi, et la nouvelle *Loi sur les produits antiparasitaires* (LPA) a obtenu la sanction royale en décembre 2002. Nous avons commencé à élaborer des règlements et des processus en prévision de la mise en place de la nouvelle loi, pour que celle-ci soit adoptée le plus tôt possible.

La nouvelle loi aidera à renforcer la protection de la santé et de l'environnement en incorporant au règlement sur les pesticides une approche moderne de l'évaluation et de la gestion des risques, qui tiendra spécialement compte des risques pour les nourrissons et les enfants, des risques associés à l'exposition à plusieurs pesticides de diverses provenances – dont la nourriture et l'eau – et des effets cumulatifs de différents pesticides. La nouvelle LPA renforcera également la transparence du système de réglementation et le contrôle des pesticides après leur homologation. Pour obtenir de plus amples renseignements sur la nouvelle loi, consulter : http://www.hc-sc.gc.ca/pmra-arla/francais/legis/pcpa-f.html.

Processus réglementaire ouvert, transparent et participatif

Nous informons et consultons le public et les intervenants canadiens au sujet des décisions et des orientations proposées pour accroître la transparence de la réglementation sur les pesticides ainsi que la participation du public. Nous offrons aux demandeurs d'homologation potentiels des séances de consultation et de formation

préalables, afin de les aider à présenter de nouveaux pesticides. Nous publions des documents sur notre site Web pour consulter et informer le public et les intervenants. Nous avons mis en place un Service de renseignements sur la lutte antiparasitaire pour répondre aux demandes d'information. Enfin, nous sollicitons régulièrement l'opinion de nos organismes consultatifs : le Conseil consultatif de la lutte antiparasitaire (CCLA), le Comité consultatif de la gestion économique (CCGE) et le Comité fédéral-provincial-territorial sur la lutte antiparasitaire et les pesticides.

Cette année, nous avons tenu 52 consultations préalables à la demande d'homologation ainsi qu'une séance de formation de trois jours à l'intention des demandeurs potentiels. Notre Service de renseignements sur la lutte antiparasitaire a répondu à plus de 10 000 demandes. On a remarqué une augmentation de 60 à 70 % des demandes relatives au virus du Nil occidental – beaucoup de questions concernaient notamment les larvicides et les insectifuges personnels. Nous avons rencontré tous nos organismes consultatifs pour aborder des sujets comme la réévaluation, la nouvelle LPA, notre nouveau programme de recouvrement des coûts et l'initiative concernant les pesticides à usage limité. De plus, nos organismes consultatifs nous ont aidé à amorcer un dialogue avec nos intervenants sur des enjeux comme la stratégie pour des pelouses saines et les stratégies de réduction des risques. Nous tenons compte de leurs conseils dans le déroulement de nos activités et l'élaboration des politiques proposées. Pour obtenir de plus amples renseignements sur les activités décrites ci-dessus, voir : http://www.hc-sc.gc.ca/pmra-arla/francais/appregis/cprc-f.html (Consultations préalables à la demande d'homologation); http://www.hc-sc.gc.ca/pmra-arla/francais/pubs/pubs-f.html (Publications); http://www.hc-sc.gc.ca/pmra-arla/francais/pdf/info/2003-f.pdf (Service de renseignements sur la lutte antiparasitaire); et http://www.hc-sc.gc.ca/pmra-arla/francais/advbod/advbod-f.html (Groupes consultatifs).

Efforts déployés à l'échelle internationale

En déployant des efforts à l'échelle internationale, nous nous efforçons de faire en sorte que seuls les pesticides sûrs et efficaces soient accessibles sur le marché international. Afin d'aider à protéger la santé et à assurer la sécurité dans les pays en développement, nous avons travaillé de concert avec Environnement Canada pour mettre en œuvre les mécanismes de la Convention de Rotterdam sur le consentement préalable en connaissance de cause. Ainsi, certains produits chimiques et certains pesticides interdits ou soumis à des restrictions ne seront exportés que dans les pays qui ont préalablement consenti à ces exportations – http://canadagazette.gc.ca/partII/tempPdf/g2-13618.pdf.

L'harmonisation, avec l'EPA des États-Unis, des processus réglementaires visant les pesticides constitue un autre exemple des efforts que nous déployons à l'échelle internationale. Nous continuons de chercher ensemble des moyens d'accroître l'efficience des processus de réévaluation et d'homologation des pesticides – nous procédons par exemple à des examens con-

joints et nous mettons en place des initiatives communes de réévaluation visant les catégories de produits chimiques les plus touchées par la *Food Quality Protection Act* des États-Unis. Ainsi, nous comptons accroître la sécurité sanitaire et environnementale à l'échelle de l'Amérique du Nord. Pour obtenir de plus amples détails, consulter : http://www.hc-sc.gc.ca/pmra-arla/francais/intern/twg-f.html.

AR 2.11 : Conformité à la *Loi sur les produits antiparasitaires* et à son règlement

Priorité énoncée dans le RPP de 2002-2003

Conformité avec les exigences relatives à l'importation, à l'emballage, à la fabrication, à la distribution, à l'étiquetage, à la vente et à l'utilisation des pesticides.

Pour faire respecter la réglementation, nous faisons appel à un réseau d'agents régionaux de l'ARLA et d'inspecteurs de l'Agence canadienne d'inspection des aliments (ACIA) qui œuvrent partout au Canada. Nous encourageons et assurons la conformité à la LPA au moyen de consultations, d'inspections et d'enquêtes visant trois groupes cibles distincts : les entreprises de pesticides qui fabriquent, importent et vendent des produits, les distributeurs de pesticides et les utilisateurs de pesticides. Nous collaborons avec les ministères provinciaux, territoriaux et fédéraux pour que les programmes de conformité et les mesures cœrcitives se complètent et se renforcent mutuellement.

Cette année, quelque 7,3 millions de dollars ont été investis dans notre programme national de conformité. Afin de protéger la population canadienne, les ressources vivrières et l'environnement, nous avons effectué 479 enquêtes, environ 1 400 visites d'inspection et plus de 1 300 analyses en laboratoire. Nous avons pris 340 mesures cœrcitives, dont 30 sanctions pécuniaires administratives (SPA) accompagnées soit d'un avis de violation, soit d'un avertissement. La plupart des infractions étaient mineures, et la situation a pu être corrigée au moyen de lettres informatives. Le système de SPA est un outil d'exécution de la Loi qui permet d'imposer des sanctions pécuniaires plutôt que d'entamer une poursuite en vertu de la LPA.

AR 2.12 : Pratiques de lutte antiparasitaire durables, qui réduisent la dépendance à l'égard des pesticides

Priorité énoncée dans le RPP de 2002-2003

Élaboration et application d'une politique de réduction des risques associés aux pesticides.

En 2002-2003, nous avons continué de promouvoir la réduction des risques associés aux pesticides en partenariat avec d'autres ministères fédéraux, les provinces,

les territoires et les intervenants, en misant sur les initiatives suivantes.

Stratégies de réduction des risques

Le 23 mai 2002, on a annoncé de nouveaux fonds (7,3 millions de dollars en 2002-2003, dont 4 millions de dollars pour l'ARLA et 3,3 millions de dollars pour AAC) pour les initiatives visant à atténuer les risques associés aux pesticides et à favoriser la durabilité de l'environnement. Cette année, nous avons travaillé à des stratégies de réduction des risques pour les pommes de terre et les haricots secs (légumineuses). Nous avons recueilli des informations sur les enjeux pour la lutte antiparasitaire et nous avons participé à l'élaboration d'un profil de culture pour les légumineuses. Pour répondre aux préoccupations en matière d'environnement, nous travaillons de concert avec les producteurs de pommes de terre, les agents provinciaux et autres intervenants de l'Île-du-Prince-Édouard (Î.-P.-É.) et du Nouveau-Brunswick, AAC et Environnement Canada pour élaborer une stratégie de production durable de pommes de terre. Cette collaboration a été saluée lors du discours du Trône de 2002 à l'assemblée législative provinciale.

Nous avons aussi poursuivi nos efforts en vue d'élaborer et de promouvoir des pratiques de lutte antiparasitaire intégrée (LAI), qui puissent réduire les risques associés à l'utilisation des pesticides. Les projets de LAI auxquels nous avons travaillé au cours de l'année visaient notamment les canneberges, les pommes, le canola et le pou du poisson de salmoniculture. Nous avons participé à l'élaboration de matériel pédagogique et d'outils de formation à l'intention des producteurs de canola. Nous avons également contribué à l'élaboration de lignes directrices et de guides concernant certaines cultures spécifiques, afin de fournir aux producteurs des conseils pratiques pour l'application de la LAI en agriculture. En outre, afin de déterminer le degré d'adhésion des producteurs et des agriculteurs aux pratiques de LAI, nous élaborons des mécanismes qui nous permettront de mesurer l'adoption des stratégies d'atténuation des risques.

Initiative visant les pesticides à risque réduit

Nous avons lancé, en mai 2002, une initiative visant à inciter les fabricants de pesticides à faire homologuer au Canada les produits antiparasitaires à risque réduit qui sont déjà homologués aux États-Unis. Cette initiative complète le programme d'examen conjoint du Canada et de l'EPA des États-Unis pour les produits à risque réduit. Nous avons adopté les critères de l'EPA des États-Unis pour établir l'admissibilité d'un produit au programme, et nous reconnaissons la désignation des biopesticides de l'EPA des États-Unis. Nous mesurerons l'incidence de l'initiative visant les pesticides à risque réduit – et l'impact réel de cette dernière sur la réduction des risques associés aux pesticides – dans les années à venir. Pour obtenir de plus amples renseignements sur le sujet, consulter : http://www.hc-sc.gc.ca/pmra-arla/francais/pdf/dir/dir2002-02-f.pdf.

Stratégie pour des pelouses saines

Dans le cadre de notre stratégie fédérale-provinciale-territoriale pour des pelouses saines (2000), nous avons continué de promouvoir la lutte antiparasitaire à risque réduit en ce qui a trait aux pelouses en publiant un fascicule de conseils – accessible sur le site Web de Pelouses saines (http://www.healthylawns.net). Le document en question a été distribué à plus de 1 200 municipalités canadiennes, à des particuliers et à divers intervenants. Par l'entremise du Comité FPT sur la lutte antiparasitaire et les pesticides, on a élaboré une proposition de système harmonisé de classification des pesticides au Canada pour ensuite procéder à des consultations sur le sujet, on a formulé des recommandations visant à améliorer l'information relative à la réduction des risques qui figure sur les étiquettes des produits antiparasitaires, et on a mis en place une formation plus pertinente en matière de LAI pour la certification des manipulateurs de produits antiparasitaires. Ces activités contribueront à réduire l'exposition de la population canadienne aux pesticides.

Premières nations et Inuits en meilleure santé grâce à la prestation, faite en collaboration, de services de promotion de la santé, de prévention des maladies et de services de soins de santé

Objectif

Fournir des services et des programmes de santé durables aux collectivités des Premières nations et aux collectivités inuites, en collaboration avec les provinces et territoires, pour lutter contre les inégalités en matière de santé et les menaces de maladies, de sorte que les Premières nations et les Inuits atteignent un niveau de santé comparable à celui des autres Canadiens.

Information financière

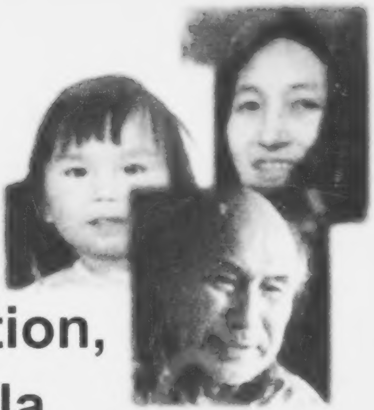
En millions de dollars	Dépenses prévues en 2002-2003	Total des crédits autorisés en 2002-2003	Dépenses réelles en 2002-2003
Dépenses brutes	1 322,1 $	1 472,3 $	1471,3 $
Recettes	(9,1)	(6,9)	(5,9)
Dépenses nettes	1 313,0 $	1 465,4 $	1 465,4 $*

* Cette somme représente 53,9 % des dépenses réelles de l'ensemble du Ministère.

Les recettes autorisées sont inférieures de 2,1 millions de dollars aux recettes prévues en raison du transfert de l'Hôpital de Sioux Lookout à la province.

L'écart entre les dépenses prévues et les crédits autorisés est essentiellement attribuable aux éléments suivants :

- nouvelle approbation de fonds (non prévues au budget) pour maintenir la viabilité du PSPNI;
- transfert de ressources, depuis le secteur d'activité de la Gestion de l'information et du savoir, pour la gestion, des initiatives portant sur l'Infostructure canadienne de la santé (ICS), la reddition des comptes et la présentation des rapports;
- comptabilisation du financement de la construction et de la restauration d'installations sur les réserves des Premières nations dans le secteur d'activité de la Gestion et administration ministérielles.



Premières nations et Inuits en meilleure santé grâce à la prestation, faite en collaboration, de services de promotion de la santé, de prévention des maladies et de services de soins de santé

Objectif

Fournir des services et des programmes de santé durables aux collectivités des Premières nations et aux collectivités inuites, en collaboration avec les provinces et territoires, pour lutter contre les inégalités en matière de santé et les menaces de maladies, de sorte que les Premières nations et les Inuits atteignent un niveau de santé comparable à celui des autres Canadiens.

Information financière

En millions de dollars	Dépenses prévues en 2002-2003	Total des crédits autorisés en 2002-2003	Dépenses réelles en 2002-2003
Dépenses brutes	1 322,1 $	1 472,3 $	1471,3 $
Recettes	(9,1)	(6,9)	(5,9)
Dépenses nettes	1 313,0 $	1 465,4 $	1 465,4 $*

* Cette somme représente 53,9 % des dépenses réelles de l'ensemble du Ministère.

Les recettes autorisées sont inférieures de 2,1 millions de dollars aux recettes prévues en raison du transfert de l'Hôpital de Sioux Lookout à la province.

L'écart entre les dépenses prévues et les crédits autorisés est essentiellement attribuable aux éléments suivants :

- nouvelle approbation de fonds (non prévues au budget) pour maintenir la viabilité du PSPNI;
- transfert de ressources, depuis le secteur d'activité de la Gestion de l'information et du savoir, pour la gestion, des initiatives portant sur l'Infostructure canadienne de la santé (ICS), la reddition des comptes et la présentation des rapports;
- comptabilisation du financement de la construction et de la restauration d'installations sur les réserves des Premières nations dans le secteur d'activité de la Gestion et administration ministérielles.

Contexte

Santé Canada contribue à améliorer la santé des collectivités des Premières nations et des Inuits (PNI) et la viabilité des services de santé offerts dans ces collectivités, de la manière suivante :

- en fournissant un accès aux programmes et aux services de santé;
- en se concentrant sur la prévention de la maladie et sur la promotion de la santé;
- en favorisant un rôle accru des Premières nations et des Inuits en ce qui a trait à leurs propres services de santé;
- en participant à l'intégration des programmes et des services fédéraux et provinciaux.

Le Ministère, de concert avec ses partenaires, offre des services de santé publique et de promotion de la santé – par exemple dans les domaines de la salubrité de l'environnement et de la prévention des maladies transmissibles – dans les réserves et dans les collectivités inuites. Il offre également des services de pharmacie et de santé dentaire et des services de santé complémentaires aux PNI, sans égard à leur lieu de résidence, ainsi que des soins de santé primaires dans les réserves et dans les régions éloignées et isolées dépourvues de services provinciaux. Au cours de l'année, nous avons investi au total 1 464,8 millions de dollars[1] dans les programmes et services. La plupart de nos programmes et services sont offerts d'un océan à l'autre, par huit bureaux régionaux.

[1] Incluant le Régime de prestations aux employés.

Attentes relatives au rendement (AR) 3.1 : Amélioration de l'accès aux services et de la qualité des services, résultant en une meilleure qualité de vie, un plus grand nombre d'années en santé et une diminution sensible des décès, maladies et invalidités qui peuvent être prévenus

Priorité énoncée dans le Rapport de 2002-2003 sur les plans et priorités (RPP)

Investir dans la santé des Première nations et des Inuits en fournissant des services de santé publique et des soins primaires de la façon la plus efficace et durable possible.

Un des engagements clés du gouvernement du Canada est l'amélioration de la santé des Premières nations et des Inuits. Santé Canada a déployé des efforts pour soutenir et améliorer la prestation de services de santé publique et de soins primaires aux Premières nations et aux Inuits, afin d'améliorer leur état de santé.

Santé Canada reconnaît que les services de santé publique – visant notamment la salubrité de l'environnement, doublés d'un solide réseau de soins primaires, constituent

le fondement d'une collectivité saine. En 2002-2003, les dépenses de Santé Canada au titre des services de santé publique et de soins primaires se sont élevées à plus de 500 millions de dollars.

Les activités de santé publique de Santé Canada vont de la vérification de la salubrité de l'eau potable au contrôle des maladies transmissibles et à l'immunisation.

La population canadienne s'attend à être protégée des maladies transmissibles et à avoir accès à des environnements sûrs et salubres, notamment à de l'eau potable ne présentant aucun risque. L'incidence de nombreuses maladies pouvant être prévenues par la vaccination, ainsi que de toxi-infections alimentaires et de maladies hydriques, est plus élevée dans les collectivités des PNI que dans le reste de la population canadienne. Ainsi, en 2002-2003, on a élaboré et mis en œuvre des protocoles pour le contrôle de la qualité de l'eau potable ainsi qu'une base de données sur la qualité de l'eau, de façon à améliorer l'échantillonnage, l'examen et le repérage des contaminants présents dans l'eau. Ces mécanismes contribueront à faire diminuer l'incidence élevée de maladies hydriques dans les collectivités des PNI. Dans le même ordre d'idées, on a mis en place un cours sur la salubrité alimentaire qui offre une formation améliorée sur la manipulation des aliments, ce qui aide à réduire l'incidence des toxi-infections alimentaires.

Les sites contaminés par des déversements ou des fuites de carburant susceptibles d'endommager les ressources vivrières sont assainis par Santé Canada, qui procède par ordre de priorité en s'attaquant d'abord aux sites les plus contaminés. En 2002-2003, sur un total de 38 sites, sept ont été assainis pour la somme de 2,2 millions de dollars.

Au cours de la dernière année, Santé Canada a élaboré une stratégie d'immunisation pour les enfants des Premières nations qui vivent sur les réserves. Cette stratégie contribuera à atténuer les risques associés aux maladies transmissibles et à réduire le nombre d'hospitalisations attribuables aux complications de maladies qui auraient pu être prévenues par la vaccination. Par suite des efforts de Santé Canada, le budget de 2003 prévoyait des dépenses de 32 millions de dollars sur cinq ans pour la stratégie d'immunisation des enfants dans les réserves.

Les programmes de santé publique de Santé Canada comprennent aussi des activités visant à prévenir des maladies comme le VIH/sida et la tuberculose, et à promouvoir la sensibilisation et l'acquisition de connaissances et de comportements en vue d'aider les collectivités et les individus à prévenir la propagation de ces maladies. On a lancé, en 2002-2003, un nouveau programme de planification qui vise l'éradication de la tuberculose et la distribution de vaccins contre cette maladie. Le soutien apporté au Réseau canadien autochtone du sida et à Pauktuutit, l'association des femmes inuites, pour leurs programmes portant sur le sida, a également renforcé les moyens d'action des réseaux communautaires en matière de prévention de la maladie et de promotion de la santé.

L'Organisation mondiale de la santé définit les soins de santé primaires comme des « soins de santé essentiels fondés sur des

méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer [...] ». Santé Canada reconnaît que les soins de santé primaires constituent le fondement d'un bon système de santé, et c'est pourquoi le Ministère cherche à rendre les services essentiels de santé aussi accessibles aux PNI qu'ils le sont pour l'ensemble de la population canadienne habitant dans des régions similaires. Au sein des collectivités des PNI les soins primaires sont fournis essentiellement par les infirmières. Santé Canada a élaboré une stratégie pour les soins infirmiers, qui vise à recruter et à maintenir en poste les précieuses infirmières qui permettront d'offrir et d'améliorer les services essentiels dans les collectivités du pays. En reconnaissance de l'importance de ces services, on a affecté à la stratégie un financement de 75,9 millions de dollars sur cinq ans.

Les postes infirmiers, les centres de santé et les autres établissements sanitaires sont essentiels à l'exécution des programmes visant les Premières nations et les Inuits. Nous avons amélioré l'accès aux services et amélioré les conditions de travail des professionnels de la santé en construisant 33 établissements sanitaires et en rénovant ou en agrandissant 54 établissements existants dans les réserves du pays.

Santé Canada s'est engagé à aider les PNI qui souffrent de maladies chroniques ou aiguës à maintenir un état de santé optimal. Les Services de soins à domicile et en milieu communautaire (SDMC) évaluent les patients et offrent des soins infirmiers à domicile et des services de relève à domicile pour les personnes handicapées ou qui souffrent de maladies chroniques ou aiguës ou qui ont besoin de soins post-hospitaliers. À la fin de 2002-2003, 82 % de la population des réserves avait accès aux SDMC. On a donc dépassé l'objectif de 75 % pour l'année.

Les soins dentaires, notamment les services préventifs, font partie des soins primaires. En 2002-2003, le Ministère a continué de financer l'École de dentothérapie de Prince Albert, en Saskatchewan, pour qu'elle forme des dentothérapeutes qui soient en mesure d'offrir aux collectivités des PNI les services d'hygiène dentaire dont elles ont besoin. En outre, on a commencé à élaborer un programme de santé buccodentaire qui aidera les enfants de 0 à 5 ans à prévenir les caries et les problèmes dentaires à l'âge adulte. On a également fait la promotion de la fluoration de l'eau – une composante clé de la santé dentaire – dans les collectivités où l'eau n'est pas traitée au fluor.

Le Ministère continue d'élaborer des modèles de soins primaires qui intègrent mieux les services de Santé Canada et des provinces et qui sont adaptés aux Premières nations et aux Inuits. En 2002-2003, on a renforcé les services de soins primaires en créant, au Ministère, le Bureau de la médecine communautaire, lequel soutient les ressources humaines qui offrent des services aux collectivités des PNI.

Les programmes communautaires constituent un autre aspect important de l'engagement de Santé Canada en ce qui a trait à l'amélioration de l'état de santé des PNI.

Ces programmes sont axés sur le développement de la petite enfance, la prévention des maladies chroniques, la santé mentale et la lutte contre les toxicomanies. En 2002-2003, plus de 140 millions de dollars au total ont été investis dans ces secteurs.

Les programmes de développement de la petite enfance ont offert des activités dans les secteurs de l'intervention précoce, de la nutrition et du soutien prénatals et de l'intégration des programmes. Le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les réserves a rejoint environ 7 700 enfants dans 305 sites. Des améliorations ont été apportées au cours de la dernière année : rénovations majeures et agrandissement de certains sites, production de matériel pédagogique et formation des intervenants auprès des jeunes enfants. On a offert dans 75 collectivités le programme sur le syndrome de l'alcoolisation fœtale et les effets de l'alcoolisation fœtale, auquel on a aussi apporté des améliorations : formation des intervenants de première ligne, ateliers de sensibilisation des collectivités et préparation de programmes d'extension communautaires.

Le Programme canadien de nutrition prénatale (volet Premières nations et Inuits) a soutenu 439 projets dans 683 collectivités des PNI, rejoignant environ 7 000 femmes enceintes, allaitant ou à haut risque et en âge de procréer. On estime donc que le programme a eu une incidence sur environ 6 000 naissances. En outre, plus de 500 travailleurs ont bénéficié d'une formation qui leur a permis d'acquérir des compétences de base en matière de nutrition prénatale, ce qui a accru la capacité du programme d'offrir des programmes plus efficaces.

Santé Canada, Développement des ressources humaines Canada et Affaires indiennes et du Nord Canada travaillent à la création d'un guichet unique pour les programmes de développement de la petite enfance. Dans le cadre de ce projet, on procédera à une analyse de conjoncture nationale sur les programmes, on organisera des projets pilotes sur les outils de planification et d'évaluation dans les collectivités, et on mobilisera un réseau de dispensateurs de services autochtones.

On a également offert des activités de prévention des maladies chroniques – portant sur le diabète et la nutrition notamment. L'Initiative sur le diabète chez les Autochtones a soutenu plus de 600 projets dans les collectivités des PNI, et 39 programmes de prévention primaire du diabète à l'intention des Métis, des Premières nations hors réserve et des Inuits des milieux urbains dans tout le Canada. De plus, on a élaboré et mis en œuvre une campagne de marketing social pour sensibiliser davantage les Autochtones du pays au diabète. Dans trois collectivités éloignées du Nord, on a réalisé des projets pilotes sur les aliments nutritifs et périssables. Les résultats de ces projets orienteront les efforts visant à améliorer la santé nutritionnelle des personnes qui vivent dans des endroits inaccessibles par la route ou le train.

On a également offert des programmes orientés vers le mieux-être mental et la prévention du suicide et des toxicomanies. On a mis en place des programmes de santé mentale dans plus de 350 collectivités, élaboré un modèle intégré de santé mentale et de lutte contre les toxicomanies, et créé un programme de formation accréditée à

l'Université du Manitoba à l'intention des intervenants du domaine du mieux-être. Dans le cadre de la Stratégie de guérison des Innus, on a formé des équipes professionnelles itinérantes pour renforcer les programmes sanitaires dans les domaines de la santé mentale, de la santé de la mère et de l'enfant et du développement communautaire au Labrador.

Le rapport du Comité consultatif sur la prévention du suicide a été publié. Les 30 recommandations qui y figurent sont regroupées sous quatre thèmes : accroître les connaissances sur les solutions gagnantes en matière de prévention du suicide; mettre en place des services de santé plus efficaces et mieux intégrés à l'échelle nationale, régionale et locale; soutenir les approches axées sur la collectivité; imaginer des stratégies pour renforcer l'identité, l'endurance et la culture chez les jeunes. Pour donner suite aux recommandations formulées dans le rapport, dans un premier temps, on a organisé une table ronde sur le suicide, à laquelle ont participé des jeunes des Premières nations de tout le pays.

Le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones, qui est un programme de soins en établissement, a assuré le fonctionnement de 48 centres de traitement à l'échelle du pays, ce qui représente 695 lits et plus de 5 200 clients. Plus de 500 collectivités des PNI ont reçu du soutien dans le cadre des programmes communautaires de prévention des toxicomanies et de l'alcoolisme – des services d'orientation et d'information ont notamment été offerts par 650 travailleurs sur le terrain. Le programme pour la prévention de l'abus de solvants chez les jeunes, qui est aussi un programme de soins en établissement, a assuré le fonctionnement de dix centres de traitement, représentant 126 lits et plus de 200 clients. La stratégie de lutte contre le tabagisme chez les Premières nations et les Inuits a permis à plus de 105 collectivités de participer à la réalisation de 90 projets. Au total, on a financé 16 projets pilotes sur les meilleures pratiques de lutte contre le tabagisme.

Le programme des Services de santé non assurés (SSNA) complète les programmes et services communautaires et offre aux Indiens inscrits et aux Inuits et Innus reconnus une gamme de produits et services médicaux essentiels qui s'ajoutent aux prestations qu'ils peuvent recevoir d'autres programmes provinciaux et territoriaux privés ou publics. Le programme contribue largement à l'atteinte de l'objectif visé : offrir aux PNI une assurance-maladie globale. Les services couverts par le programme sont les suivants : médicaments, soins dentaires, soins oculaires, fournitures et équipement médicaux, services d'intervention en santé mentale en cas de crise, primes d'assurance dans certaines provinces, et transport pour accéder aux services de santé médicalement nécessaires. Les dépenses associées aux SSNA se sont élevées à 688,2 millions de dollars en 2002-2003.

Au cours de l'année, on a concentré les efforts sur la viabilité du Programme. Des mesures ont été prises pour garantir une gestion efficiente et efficace. Dans le cadre de l'examen continu des prestations de transport pour raison médicale, le programme des SSNA a amélioré la gestion dans ce domaine en établissant un cadre stratégique national provisoire, qui fusionne les poli-

tiques et lignes directrices régionales en un seul document. Le cadre contient des lignes directrices pour l'approbation des prestations et assure l'application uniforme des conditions relatives aux prestations de transport pour raison médicale, dans toutes les régions.

Santé Canada a également mis en place un Centre national de révision en orthodontie, qui a ouvert ses portes le 1er juillet 2002. Le Centre assure l'uniformité des examens de demande de financement pour des soins en orthodontie et simplifie le processus pour les dispensateurs de soins. Un conseiller indépendant en orthodontie examine chaque demande de financement en se fondant sur les lignes directrices du programme de SSNA.

On a accordé une attention particulière à l'initiative des SSNA sur le consentement. Pour gérer le programme, le personnel du SSNA doit recueillir et utiliser des renseignements personnels sur les clients afin de traiter les demandes de prestations. Les SSNA sollicitent donc le consentement des clients pour recueillir, utiliser et transmettre certains renseignements personnels. L'initiative sur le consentement vise à assurer le respect du droit individuel à la vie privée décrit dans la *Charte canadienne des droits et libertés*. C'est dans cette optique que Santé Canada continue de déployer tous les efforts nécessaires pour que les clients comprennent l'initiative sur le consentement et puissent faire un choix éclairé au moment de donner leur consentement. Le formulaire de consentement a été traduit dans plusieurs langues des PNI. Santé Canada continue de travailler de concert avec les organisations des PNI qui désirent élaborer leur propre formulaire de consentement, et de diffuser des renseignements sur l'initiative au moyen de séances d'information communautaires offertes par le personnel régional, d'une part, et de la ligne sans frais du Centre d'information sur le consentement des SSNA, d'autre part.

Les questions entourant la confidentialité étaient aussi à l'avant-plan des activités des SSNA. Conformément aux conseils donnés aux ministères fédéraux par le Commissaire à la protection de la vie privée, le programme des SSNA a réalisé cette année une évaluation des facteurs relatifs à la vie privée (ÉFVP). Plusieurs recommandations ont été émises à la suite de l'ÉFVP, notamment l'élaboration d'un code de protection de la vie privée qui orienterait le programme des SSNA en ce qui a trait au traitement confidentiel et à la protection des renseignements personnels. Un code de confidentialité et un module de formation correspondant ont été élaborés par la suite.

AR 3.2 : Système de soins de santé renforcé

Priorité énoncée dans le RPP de 2002-2003

Coopération et collaboration entre le gouvernement fédéral, les communautés des Premières nations et des Inuits, les provinces et territoires et les fournisseurs de services afin de moderniser et d'adapter le système de services de santé pour les Premières nations et les Inuits.

En ce qui a trait au système de santé des PNI, l'objectif de Santé Canada est de four-

nir des services et des programmes de santé efficients, efficaces et viables qui contribueront à améliorer l'état de santé des PNI.

Une des façons d'atteindre ce but est de faire en sorte que les partenaires clés coopèrent et collaborent pour moderniser et réformer le système de santé des PNI. Santé Canada travaille de près avec les PNI et les provinces et territoires pour remédier aux écarts de santé entre les Canadiens autochtones et les Canadiens non autochtones, au moyen d'une meilleure intégration des services de santé. Il faut beaucoup de temps et d'énergie pour mettre en place ces partenariats à divers échelons (national, régional et local), et est nécessaire de soutenir les PNI pour qu'ils puissent jouer un rôle efficace dans la planification et la prestation de leurs services de santé.

Santé Canada, en collaboration avec les PNI, finance des bourses pour les carrières en santé afin d'accroître le nombre d'étudiants autochtones dans le secteur. À l'échelle régionale, des fonds sont également investis pour stimuler l'intérêt de la population à l'égard des carrières en santé.

Santé Canada, plusieurs collectivités des Premières nations et les gouvernements provinciaux de la Nouvelle-Écosse, de la Saskatchewan, de l'Alberta et du Manitoba explorent, élaborent et mettent en œuvre des partenariats concrets pour améliorer la qualité et l'intégration des services de santé. Par exemple, l'Assemblée des Premières nations (APN), Inuit Tapiriit Kanatami (ITK), l'Alberta et Santé Canada, ont collaboré à un plan directeur de télésanté et à un plan stratégique pour relier 20 collectivités de Premières nations à des services de télésanté. Ainsi, on a ouvert de nouveaux programmes et on a rendu accessible un portail Internet aux 400 travailleurs de la santé de l'Alberta. On utilisera ce modèle pour mettre en place des approches similaires dans d'autres régions.

En matière de partenariat communautaire, le projet sur les soins primaires d'Eskasoni, au Cap-Breton, en Nouvelle-Écosse, fonctionne selon un modèle multidisciplinaire de soins de santé primaires : médecins de famille et personnel infirmier salariés, éducation sanitaire, services diététiques et pharmacie. Le modèle prévoit le transfert des responsabilités administratives au Conseil de bande d'Eskasoni, l'abandon du modèle de rémunération à l'acte au profit d'une approche axée sur l'équipe, où les membres sont salariés, la construction d'un complexe sanitaire à l'aide du financement des gouvernements fédéral et provincial, et l'établissement de centres régionaux de santé pour faciliter le processus d'aiguillage vers les médecins et les autres services.

Santé Canada a terminé l'intégration de l'Hôpital de la zone de Sioux Lookout et d'un centre de santé de district provincial. Les deux établissements sont aujourd'hui dirigées par un nouveau conseil sanitaire, créé conformément à la législation provinciale. Le conseil est composé aux deux tiers de membres des Premières nations et au tiers de représentants de la collectivité de Sioux Lookout, et il tiendra ses activités dans les deux établissements jusqu'à ce qu'un nouvel hôpital moderne soit bâti. L'objectif global de l'intégration des deux établissements est d'améliorer l'état de santé des membres des Premières nations.

Enfin, Santé Canada a commencé à travailler en collaboration avec les provinces et territoires et avec les organisations autochtones nationales pour mettre en place une stratégie visant le traitement des questions autochtones et la participation à la mise en œuvre d'éléments de l'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé.

AR 3.3 : Information et connaissances plus solides pour soutenir la prise de décisions fondées sur des données probantes

Priorité énoncée dans le RPP de 2002-2003

Améliorer et intégrer l'information et les connaissances sur les indicateurs de santé et les soins de santé afin d'améliorer la prestation des services, la planification et l'évaluation de programmes.

Santé Canada doit relever divers défis pour harmoniser les besoins opérationnels, les exigences sur le plan de la prestation des services de santé, et les technologies de l'information et des communications. On a donc mis en œuvre une approche stratégique et intégrée pour l'élaboration d'une infrastructure de gestion des renseignements liés à la santé.

On a mis en place une structure de gouvernance qui assure une orientation et un leadership forts en vue de l'élaboration d'un cadre de gestion de l'information (CGI). De plus, on a formé un groupe de travail sur la vie privée pour la politique du Ministère sur la protection de la vie privée et clarifier la position de la DGSPNI par rapport à la *Loi sur la protection des renseignements personnels* et à la *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques* (LPRPDE). La DGSPNI a rédigé la version préliminaire d'une politique et d'un protocole sur la protection des renseignements personnels. Ainsi, la gestion de l'information respectera le principe de confidentialité.

Santé Canada a mis en place le Système d'information sur la santé des Premières nations et des Inuits (SISPNI), qui a branché ensemble 359 sites servant 427 collectivités des PNI. Cette initiative appuie les efforts visant à élaborer une infrastructure de santé efficace, dotée d'outils de saisie et de transmission de l'information. On a également entrepris des activités pour améliorer l'information en santé accessible aux collectivités des PNI, en élaborant deux applications de gestion de cas pour le dossier électronique de santé. Au cours de l'année 2002-2003, le groupe de travail du Système national de surveillance du diabète a continué de soutenir les partenariats avec les groupes autochtones dans le but d'améliorer la surveillance du diabète dans les populations autochtones en reliant entre elles les bases de données. On a créé et mis à l'essai le Système d'information sur la santé environnementale, qui fournit des données sur l'eau, les moisissures dans les résidences et la salubrité des aliments. On a aussi enrichi d'autres bases de données sur l'environnement – notamment sur l'eau et sur le virus du Nil occidental au Canada.

La recherche est essentielle à une gestion des connaissances qui appuie l'élaboration de politiques et de programmes fondés sur des résultats probants. Ainsi, on a créé divers outils de recherche, notamment une base de données consultable sur les organisations qui réalisent des recherches sur les Autochtones, et un répertoire d'articles scientifiques pertinents sur la santé autochtone. On prévoit financer des recherches sur les contaminants de l'environnement afin de mieux connaître les effets de ces polluants sur les membres de la collectivité. Par exemple, on a réalisé un projet qui a permis d'enquêter sur les contaminants présents dans les principaux réseaux hydrographiques du Nouveau-Brunswick et de comprendre leurs effets sur certaines collectivités de la province. Dans le cadre d'un autre projet, on a exploré les incidences du biphényle polychloré (BPC) transplacentaire sur le développement du jeune enfant.

Dans la foulée de la réunion des premiers ministres en 2000, les ministres de la santé se sont entendus pour élaborer ensemble, à compter de septembre 2000, un cadre global fondé sur des indicateurs comparables et des mécanismes redditionnels établis conjointement. On avait retenu trois thèmes – l'état de santé, les résultats sur le plan de la santé et la qualité du service – et 14 indicateurs. Santé Canada a rempli ses obligations redditionnelles sur les trois thèmes en ce qui concerne les Premières nations des réserves en présentant, en septembre 2002, le rapport sur les indicateurs de rendement intitulé *Les Canadiens en santé : Rapport fédéral sur les indicateurs comparables de la santé*. Le Ministère a également produit un *Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada*, qui décrit en détail l'état de santé des Premières nations et englobe des indicateurs sur des déterminants non médicaux de la santé.

Santé Canada a aussi accru ses capacités en matière d'évaluation interne et a procédé à plusieurs évaluations de programmes au cours de 2002-2003. La fonction d'évaluation a été renforcée par l'élaboration d'une politique sur l'évaluation et d'un plan pluriannuel d'évaluation visant à favoriser une meilleure coordination.

AR 3.4 : Services de santé durables et responsables, qui appuient un système de santé moderne pour les Premières nations et les Inuits, dans un contexte d'autonomie et de contrôle accrus de leur part

Priorités énoncées dans le RPP de 2002-2003

Mettre en place des mesures souples, durables, efficaces et responsables qui favoriseront la bonne santé des individus, des familles et des communautés tout en rendant mieux compte des résultats des investissements dans les programmes et les services, en cernant les lacunes dans les services, en améliorant la capacité de service, en mesurant

le rendement et en améliorant les pratiques de gestion globales.

Augmenter la capacité de Santé Canada et des communautés des Premières nations et des Inuits de gérer les fonds transférés de façon responsable.

Le modèle de reddition de comptes du Ministère en ce qui a trait à la prestation des services et à l'exécution des programmes visant les Premières nations et les Inuits établit un cadre pour une planification et une affectation de ressources rationnelles dans le secteur de la santé. Le modèle prévoit une attribution claire des obligations redditionnelles et des responsabilités, la propriété et le leadership collectifs des programmes de santé ainsi qu'une gestion et une mesure du rendement axées sur les résultats.

Dans un tel contexte, Santé Canada a deux grands types d'obligations redditionnelles : 1) les obligations redditionnelles relatives à la *conformité* aux lois, règlements et pratiques courantes visant l'utilisation des fonds publics; 2) les obligations redditionnelles concernant le *rendement* des programmes. Santé Canada a accompli des progrès importants dans ces deux sphères.

Santé Canada continue d'élaborer et de mettre en œuvre des outils de reddition de comptes relativement à l'exécution des programmes visant les PNI. On a entre autres rédigé une politique et un guide d'intervention qui déterminent le moment et la nature de l'intervention du Ministère en ce qui a trait aux ententes de financement visant les PNI, et mis en place des mécanismes d'établissement de rapports à l'interne qui renforcent le suivi et l'établissement des rapports sur les exigences redditionnelles relatives à l'entente. Afin de soutenir et de faciliter la mise en œuvre des ententes types de financement conclues en mars 2001 relativement à l'exécution des programmes et des services de santé visant les PNI, nous avons élaboré un processus de mise à jour annuelle des ententes de financement qui nous permettra de peaufiner les ententes afin qu'elles reflètent les changements de politiques et de directives du gouvernement fédéral.

Le Ministère a également élaboré et mis en œuvre un plan de vérification annuel et un guide de vérification. Ces deux documents orientent les vérifications des dépenses de santé pour les PNI, et ont permis la réalisation de 40 vérifications de contributions – ce qui correspond à une hausse de 25 % si on compare à l'année précédente – portant sur 76 ententes de financement. En fonction des résultats des vérifications, on a élaboré – et on élabore toujours – des plans d'action qui prévoient des correctifs financiers et administratifs, adaptés aux circonstances.

Dans le but de rationaliser les exigences du programme en matière de reddition de comptes et de réduire le fardeau administratif des collectivités des PNI, on a entrepris un examen des exigences redditionnelles de Santé Canada en ce qui a trait aux ententes de financement visant les PNI.

La mise en œuvre de huit projets pilotes de régime de soins a permis aux collectivités des PNI visées d'améliorer leur gestion de la santé et leurs capacités administratives. En plus d'élaborer des régimes de santé qui ont permis de mieux tenir compte des besoins et des priorités en matière de santé,

on a créé et mis en place des outils dans les sites pilotes, notamment des modèles de gestion et de reddition de comptes.

Santé Canada a continué de déployer des efforts pour améliorer la reddition de comptes dans le contexte du programme des SSNA. Depuis 1999-2000, on a réalisé approximativement 600 vérifications de pharmacies, de soins dentaires, et de fournitures et équipements médicaux, ce qui nous a permis de recouvrer ou d'économiser 8,2 millions de dollars. Le Ministère a élaboré un plan d'action pour mettre en œuvre un cadre de gestion des SSNA axé sur les résultats.

On a mis en place un cadre de gestion des contrats pour guider la DGSPNI dans le domaine des pratiques et des procédures contractuelles, et pour assurer la conformité de ces pratiques et procédures aux politiques et lignes directrices du Ministère et du Conseil du Trésor et aux principes de reddition de comptes et de saine gestion publique.

Pour pouvoir adopter des méthodes rigoureuses de reddition de comptes, il faut disposer d'une capacité organisationnelle adéquate. Santé Canada a donc élaboré une stratégie de renforcement des capacités pour la gestion et l'administration des ententes de financement. La stratégie en question permet de relever les lacunes internes et externes sur le plan des capacités, et d'y remédier.

Le Ministère a promis d'améliorer les capacités en communication dans les collectivités isolées. On a acheté du matériel de communication par satellite, qu'on a installé dans 63 collectivités, et on a rendu Internet accessible dans 148 collectivités.

Au cours de la deuxième année de la Stratégie de développement durable 2000 (SDD 2000) de Santé Canada, on a atteint 42 % des objectifs fixés au chapitre de la santé des PNI, et progressé relativement à 44 % des objectifs à atteindre d'ici mars 2004. De plus, le Bureau du développement durable de la DGSPNI a établi un répertoire des « substances appauvrissant la couche d'ozone » et a élaboré des plans de gestion de l'amiante pour les établissements hospitaliers des réserves.

Le Comité des comptes publics (CCP) a formulé des recommandations en ce qui a trait à la santé des PNI à la suite du rapport du Vérificateur général de 2000. Le CCP demandait à Santé Canada de mettre en œuvre des initiatives de reddition de comptes et de gestion et de présenter des rapports sur les progrès réalisés dans ces sphères d'activité. Pour plus d'information sur les mesures de suiv , consulter l'annexe électronique C, : http://www.hc-sc.gc.ca/francais/soins/depenses/index.htm. On peut également trouver à la Section VIII un rapport sommaire sur les mesures de suivi, remis au CCP.

Ensemble de données probantes amélioré et utilisation accrue des technologies de l'information et des communications pour appuyer la prise de décisions en santé

Objectif

Un système de santé qui produit de meilleurs résultats pour la santé par l'utilisation plus efficace des technologies de l'information, par l'augmentation du volume et de la qualité des recherches en santé, et par l'utilisation efficace d'information et d'analyses à jour, accessibles et fiables favorisant la prise de décisions fondées sur des données probantes et une meilleure reddition de comptes au public.

Information financière

En millions de dollars	Dépenses prévues en 2002-2003	Total des crédits autorisés en 2002-2003	Dépenses réelles en 2002-2003
Dépenses nettes	179,5 $	111,1 $	111,1 $*

* Cette somme représente 4,1 % des dépenses réelles du Ministère.

L'écart entre les dépenses prévues et les crédits autorisés est essentiellement attribuable :

- au transfert de ressources allouées pour la gestion des initiatives de l'infostructure canadienne de la santé (ICS), la reddition des comptes et l'établissement des rapports, au secteur d'activité de la Santé des Premières nations et des Inuits et du secteur de service de la Santé de la population et santé publique;
- à la modification du profil de financement du Programme des partenariats pour l'infostructure canadienne de la santé (PPICS), des paiements de transfert ayant été reportés à 2003-2004.

Ensemble de données probantes amélioré et utilisation accrue des technologies de l'information et des communications pour appuyer la prise de décisions en santé

Objectif

Un système de santé qui produit de meilleurs résultats pour la santé par l'utilisation plus efficace des technologies de l'information, par l'augmentation du volume et de la qualité des recherches en santé, et par l'utilisation efficace d'information et d'analyses à jour, accessibles et fiables favorisant la prise de décisions fondées sur des données probantes et une meilleure reddition de comptes au public.

Information financière

En millions de dollars	Dépenses prévues en 2002-2003	Total des crédits autorisés en 2002-2003	Dépenses réelles en 2002-2003
Dépenses nettes	179,5 $	111,1 $	111,1 $*

* Cette somme représente 4,1 % des dépenses réelles du Ministère.

L'écart entre les dépenses prévues et les crédits autorisés est essentiellement attribuable :

- au transfert de ressources allouées pour la gestion des initiatives de l'infostructure canadienne de la santé (ICS), la reddition des comptes et l'établissement des rapports, au secteur d'activité de la Santé des Premières nations et des Inuits et du secteur de service de la Santé de la population et santé publique;
- à la modification du profil de financement du Programme des partenariats pour l'infostructure canadienne de la santé (PPICS), des paiements de transfert ayant été reportés à 2003-2004.

Contexte

Dans ce secteur, 48 % des dépenses ministérielles servent à financer le fonctionnement des systèmes essentiels de gestion de l'information et du savoir et de technologie de l'information du Ministère. On pense par exemple aux opérations informatiques, aux télécommunications, à l'élaboration d'applications logicielles et aux systèmes et services de gestion de l'information qui soutiennent les programmes et services nationaux de santé offerts à la population canadienne ainsi qu'à plus de 8 000 employés du Ministère à l'échelle du pays. Les 52 % restants servent à appuyer la réalisation de meilleurs résultats sur le plan de la santé, par l'innovation et par la mise en place de technologies de l'information et des communications et de processus décisionnels fondés sur des données probantes.

Santé Canada a retenu trois objectifs ainsi que des priorités connexes pour 2002-2003, afin d'améliorer la base de données probante et d'accroître l'utilisation des technologies de l'information et des communications pour permettre de meilleures décisions en santé. La population canadienne accorde beaucoup d'importance aux responsabilités redditionnelles associées à chaque objectif.

Attentes relatives au rendement (AR) 4.1 : Infostructure nationale de la santé qui fonctionne bien et qui protège les renseignements personnels tout en fournissant de l'information pour appuyer la prise de décision et la responsabilisation envers la population

Priorités énoncées dans le Rapport de 2002-2003 sur les plans et priorités (RPP)

Progrès importants par rapport aux principales priorités pour la mise en place d'une infostructure pancanadienne de la santé, tel que recommandé dans la mise à jour du Plan tactique 2001, approuvée par les sous-ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé.

Démontrer les possibilités d'amélioration mesurable de la qualité, de l'accessibilité et de l'efficacité des systèmes et services de santé, grâce à l'utilisation des technologies de l'information et des communications.

La mise en place de l'infostructure canadienne de la santé est une entreprise de longue haleine qui vise à améliorer la prestation des services de santé par une utilisation accrue des technologies de l'information et des communications dans le secteur de la santé.

Pour appuyer cette entreprise, le budget de 2003 prévoit des dépenses de 600 millions de dollars pour Inforoute Santé du Canada Inc. Inforoute est une société indé-

pendante sans but lucratif qui a pour mandat est d'accélérer la création et l'adoption de systèmes modernes de technologies de l'information et des communications dans le secteur de la santé. Inforoute concentre ses efforts sur la création de dossiers électroniques de santé, éléments essentiels d'un système de santé moderne et intégré, et sur l'élaboration d'applications de télésanté, essentielles à l'amélioration des soins dans les régions rurales et éloignées.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur Inforoute, consulter : http://www.infoway-inforoute.ca/.

Comme nous l'expliquons ci-dessous, les activités de Santé Canada comprennent aussi une stratégie visant l'utilisation accrue des technologies et de l'information électroniques par les fournisseurs de soins de santé, des activités de recherche, le financement de projets pilotes et la création du Portail canadien sur la santé.

À la suite de consultations auprès des professionnels de la santé et des intervenants clés, le Ministère a élaboré une stratégie pour inciter les professionnels de la santé à utiliser des outils électroniques pour la pratique clinique, la gestion des connaissances et les tâches administratives, et à se connecter aux systèmes de santé des établissements, des régions, des provinces et des territoires. Cette stratégie a été transférée par la suite à Inforoute, en juin 2002.

Pour appuyer la mise en place de l'infostructure de la santé, Santé Canada a financé des activités de recherche au titre du Programme de développement et d'échange des connaissances (PDEC), qui disposait de 1,2 million de dollars en 2002-2003 pour faire avancer les questions entourant la santé électronique, notamment la télésanté. On a accompli des progrès importants en réalisant 14 projets de diverses natures – en Alberta, par exemple, on s'est interrogé sur la façon dont les dispensateurs de soins de la santé, les patients et l'ensemble de la collectivité pourraient se préparer à l'avènement des services de santé Internet dans les zones rurales et éloignées, tandis que dans la région de l'Atlantique, on a exploré les moyens de partager les expériences, les connaissances et les pratiques exemplaires des régions en matière de télésanté. De plus, le PDEC a aidé des groupes à élaborer des méthodes de formation et à sensibiliser les professionnels de la santé aux technologies de l'information.

Santé Canada a aussi financé 29 projets pilotes dans le cadre du Programme des partenariats pour l'infostructure canadienne de la santé (PPICS). Il s'agit d'un programme triennal de 80 millions de dollars, dont le but est de soutenir la collaboration, l'innovation et le renouvellement par les technologies de l'information dans le domaine de la prestation des soins de santé au Canada.

Le programme a touché toutes les provinces et tous les territoires. Dans le cadre d'un projet du PPICS réalisé au Québec, par exemple, des patients à domicile ont reçu des soins médicaux grâce aux technologies de télésurveillance qui permettent aux professionnels de la santé d'observer certains symptômes et états problématiques. Et dans 15 collectivités isolées du Nunavut, on a utilisé les postes de travail de télésanté pour accroître la fréquence des rencontres entre les médecins et leurs patients.

Même si on n'a pas encore mené à terme tous les projets du PPICS, presque tous sont, à l'heure actuelle, intégrés au système de prestation continue des soins de santé, ce qui témoigne de la réussite de la démarche. On produira pour chaque projet un rapport final, un énoncé de vérification et un rapport d'évaluation. En outre, on procédera à une évaluation globale du PPICS à la fin du programme en mars 2004.

Enfin, en partenariat avec plusieurs autres ministères fédéraux, Santé Canada a dirigé l'élaboration du Portail canadien sur la santé (PCS) dans le cadre de l'initiative fédérale du Gouvernement en direct. Lancé en mai 2002, le PCS est un site Internet et un guichet unique qui permet d'accéder à de l'information fiable et crédible sur la santé. À partir du portail, le public peut accéder à des renseignements d'actualité sur la santé, en provenance de divers ministères et organismes fédéraux, et aux pages d'accueil des ministères provinciaux de la santé. Le site est extrêmement populaire : on a enregistré 2,3 millions de visites entre juillet 2002 et mars 2003, et les statistiques sur les utilisateurs révèlent que le nombre de visites a décuplé dans les six premiers mois.

Pour visiter le PCS, se rendre à : www.chp-pcs.gc.ca.

AR 4.2 : Décisions stratégiques en matière de santé fondées sur des données probantes; meilleure compréhension des questions liées aux soins de santé

Priorités énoncées dans le RPP de 2002-2003

Augmenter les données et les analyses sur la santé des Canadiens et le rendement du système de soins de santé.

Faire en sorte que les décideurs en matière de santé comprennent mieux les questions relatives aux ressources humaines auxquelles les professionnels de la santé sont confrontés.

Mettre en place un système d'information qui permettra au Ministère d'accéder directement à une vaste gamme de données sur l'état de santé, ses déterminants et le rendement du système de soins de santé.

Pour bien éclairer les décideurs, il faut effectuer une analyse rigoureuse à partir de données fiables. Santé Canada avait pour priorité en 2002-2003 de mieux comprendre la santé des Premières nations et des Inuits (PNI). Pour ce faire, nous avons repéré et analysé les facteurs qui entraînent des dépenses en matière de santé pour l'ensemble de la population canadienne et pour les PNI en particulier, notamment dans les programmes de Santé Canada. Les résultats de l'étude ont clairement orienté la décision du gouvernement de débloquer 1,3 milliard de dollars supplémentaires au cours des cinq prochaines années pour assurer la viabilité des programmes de Santé Canada qui offrent des services de santé aux PNI.

En outre, nous avons travaillé de concert avec Statistique Canada et l'Institut

canadien d'information sur la santé pour améliorer les données en santé, que les gestionnaires du système de santé, les gouvernements et la population pourront utiliser pour prendre de meilleures décisions en matière de soins de santé et de politique de la santé.

Le Ministère a également joué un rôle important en soulignant le besoin constant en investissements dans la production et la diffusion de données sur la santé des Canadiens et le fonctionnement de leur système de santé. De tels investissements aident à assurer la reconduction d'initiatives telles que l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* et les *Rapports sur la santé et les soins de santé au Canada*, et à rassembler des données plus solides pour l'établissement des rapports sur le rendement des systèmes de santé des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux.

En publiant le *Bulletin de recherche sur les politiques de santé* ainsi que trois *Documents de travail pour la recherche sur les politiques*, Santé Canada a également répondu au besoin de ses partenaires à la recherche de données probantes pour fonder leurs décisions en matière de politique de la santé http://www.hc-sc.gc.ca/iacb-dgiac/arad-draa/francais/dgdr/fbulletin/bulindex.html. Les numéros du *Bulletin*, largement distribués, portaient sur les thèmes suivants : efficacité des mesures de promotion de la santé; santé et environnement : voies critiques; remédier aux problèmes de santé de la population autochtone.

On entreprendra une enquête auprès des lecteurs du *Bulletin* et des *Documents de travail* pour déterminer dans quelle mesure la recherche et le contenu analytique influencent leurs décisions en matière de politiques et de programmes. Les résultats de l'enquête devraient sortir à l'hiver 2003.

Dans le but de favoriser une planification plus éclairée des ressources humaines en santé, Santé Canada a élaboré de nouveaux modèles pour prévoir l'offre et la demande en médecins et infirmières. Le Ministère a bénéficié des commentaires d'associations professionnelles de la santé, d'économistes de la santé et d'experts en modélisation pour l'élaboration des modèles relatifs à l'offre, et élaboré les modèles relatifs à la demande en collaboration avec *Alberta Health and Wellness*, le ministère provincial de la Santé. Ensemble, ces modèles aideront les responsables de la planification à agir de façon éclairée lorsqu'ils établiront des politiques dans les secteurs de l'éducation sanitaire, du recrutement, du maintien en poste, du champ de pratique et de la structure de prestation des services.

La gamme de produits du *Data and Information System* (DAIS) a été transposée pour être accessible sur Internet. Ainsi, les analystes de Santé Canada qui travaillent dans les bureaux régionaux, les secteurs isolés ou à la maison auront accès aux ressources d'information stratégiques qui étaient auparavant accessibles exclusivement dans la région de la capitale nationale. Aujourd'hui, grâce à cet outil unique et facile à utiliser qui a été achevé en 2002-2003 pour l'essentiel, les analystes de Santé Canada accèdent rapidement aux rapports analytiques, aux bases de données sous-jacentes – notamment celles de Statistique Canada – et aux rapports de sondages établis en vertu d'un contrat.

AR 4.3 : Responsabilisation à l'égard des programmes, des politiques et des fonctions de Santé Canada et efficacité de ces éléments

Priorités énoncées dans le RPP de 2002-2003

Collaborer avec les provinces et territoires afin d'élaborer un cadre complet de présentation des rapports pour les indicateurs comparables de l'état de santé, les résultats de santé et la qualité des services, de façon que chaque gouvernement puisse commencer à produire des rapports en septembre 2002, tel que convenu dans l'accord entre les premiers ministres de septembre 2000.

Au sein de Santé Canada, renforcer la fonction d'évaluation afin de soutenir les examens stratégiques, les évaluations et les décisions ainsi que l'élaboration et la mise en œuvre des mesures du rendement appropriées.

Augmenter la capacité, la vitesse et la sécurité de l'infrastructure ministérielle de la technologie de l'information.

Reconnaissant l'importance de l'évaluation et de la mesure du rendement pour la prise de décisions éclairées, Santé Canada a accordé 600 000 $ de plus (pour un total de 2,1 millions de dollars) au groupe d'évaluation ministériel, qui compte en 2002-2003 18 membres au lieu de 11. Outre les études d'évaluation et les cadres de rendement, on a réalisé de nombreuses autres activités connexes, comme la mise en œuvre d'une approche systématique pour l'évaluation des programmes de subventions et de contributions dans le but de respecter les exigences du Conseil du Trésor, et la création d'une nouvelle politique sur l'évaluation à Santé Canada, qui comprend des normes visant à renforcer le caractère rigoureux des activités liées à l'évaluation et à la mesure du rendement.

Santé Canada a réalisé en 2002-2003 deux projets majeurs d'infrastructure, qui ont servi à améliorer la prestation de services électroniques à la population canadienne par le Ministère (on pense par exemple à la page Web de Santé Canada) et à préparer le terrain pour la réponse à une demande accrue de services au cours des cinq à sept prochaines années. Outre, ces améliorations à l'infrastructure de réseaux du Ministère, on a mené à terme le projet de Renouvellement du bureau virtuel, dans les délais convenus et sans dépasser le budget de 10,8 millions de dollars. Ainsi, on a mis à niveau les logiciels et les outils technologiques utilisés par les employés de Santé Canada pour répondre aux besoins de la population canadienne. Les améliorations apportées ont notamment permis aux chercheurs qui travaillaient sur le SRAS d'avoir accès rapidement à l'appui logiciel voulu. Grâce aux mécanismes de distribution automatique des logiciels, accessibles tout au long du projet, le Ministère a réalisé des économies brutes d'un million de dollars chaque fois qu'un logiciel sera distribué à l'échelle du Ministère. Les améliorations

apportées à l'infrastructure permettent également à Santé Canada de mieux se positionner pour atteindre les objectifs du Gouvernement en direct.

Site Web pertinent :

Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité

http://www.hc-sc.gc.ca/iacb-dgiac/francais/dgiac/dgiacindex.html

Soutien efficace pour la prestation des programmes de Santé Canada

Objectif

Offrir un soutien efficace à l'exécution des programmes de Santé Canada et à l'application de saines pratiques de gestion dans tout le Ministère.

Information financière

En millions de dollars	Dépenses prévues en 2002-2003	Total des crédits autorisés en 2002-2003	Dépenses réelles en 2002-2003
Dépenses brutes	171,3 $	223,1 $	206,5 $
Recettes	(0,7)	(0,7)	(0,4)
Dépenses nettes	170,6 $	222,4 $	206,1 $*

* Cette somme représente 7,6 % des dépenses réelles du Ministère.

Les écarts entre les dépenses prévues et les crédits autorisés sont essentiellement attribuables aux éléments suivants :

- comptabilisation dans ce secteur d'activité du financement alloué pour aider à construire et à rénover des établissements des Premières nations dans les réserves;
- nouveaux fonds alloués pour soutenir efficacement l'exécution des programmes de Santé Canada.

Les dépenses réelles sont inférieures de 16,3 millions de dollars aux crédits autorisés. Cette situation est essentiellement attribuable aux fonds mis de côté pour couvrir les coûts accrus du régime d'avantages sociaux des employés, aux ressources non dépensées lors du Sommet du G8 au Canada en 2002, et à d'autres coûts assumés par le Ministère.

Soutien efficace pour la prestation des programmes de Santé Canada

Objectif

Offrir un soutien efficace à l'exécution des programmes de Santé Canada et à l'application de saines pratiques de gestion dans tout le Ministère.

Information financière

[illegible]	Dépenses prévues en 2002-2003	Total des crédits autorisés en 2002-2003	Dépenses réelles en 2002-2003
[illegible]	[illegible]	223,1 $	206,5 $
[illegible]	(0,7)	(0,7)	(0,4)
[illegible]	170,6 $	222,4 $	206,1 $*

* [illegible] des dépenses réelles du Ministère.

[illegible] les dépenses prévues et les crédits autorisés sont essentiellement [illegible] suivants :

1) [illegible] secteur d'activité du financement alloué pour aider à construire et [illegible] des Premières nations dans les réserves.

2) [illegible] soutenir efficacement l'exécution des programmes de Santé Canada.

Les dépenses réelles sont inférieures de 16,3 millions de dollars aux crédits autorisés. Cette [illegible] attribuable aux fonds mis de côté pour couvrir les coûts accrus du [illegible] des employés, aux ressources non dépensées lors du Sommet du [illegible] en 2002 et à d'autres coûts assumés par le Ministère.

Contexte

Afin d'aider ses programmes à atteindre les objectifs décrits dans le présent rapport, le Ministère a mis en place un certain nombre de fonctions de soutien qui contribuent à l'amélioration de la qualité des programmes. On pense notamment à la modernisation des pratiques de gestion du Ministère, à la mise en valeur et à l'épanouissement des communautés de langue officielle en situation minoritaire, à l'exécution de programmes de Santé Canada adaptés aux besoins locaux, et au renforcement du leadership, de la cohérence et de l'expertise en vue de soutenir l'orientation stratégique globale des responsabilités et des activités scientifiques de Santé Canada.

Attentes relatives au rendement (AR) 5.1 : Amélioration continue de la prestation de services administratifs centraux opportuns et de qualité ainsi que de la promotion de saines pratiques de gestion, y compris la fonction de contrôleur moderne, les subventions et contributions, la responsabilisation en matière d'octroi de contrat et la gestion des ressources humaines

Priorités énoncées dans le Rapport de 2002-2003 sur les plans et priorités (RPP)

Soutien efficace à l'exécution des programmes de Santé Canada et à l'application de saines pratiques de gestion dans tout le Ministère, y compris la fonction de contrôleur moderne.

Par l'entremise des directeurs généraux régionaux et de leurs équipes, exécution efficace des programmes de Santé Canada dans les régions, adaptée aux besoins locaux.

Par l'intermédiaire du Bureau de l'expert scientifique en chef, amélioration de la capacité du Ministère de produire des résultats et de mobiliser l'excellence dans les sciences de la santé et la recherche en santé afin d'assurer la santé et la sécurité des Canadiens.

Stratégie de gestion moderne de Santé Canada

Le document *Stratégie de gestion moderne (SGM) – Mise en œuvre de la fonction de contrôleur moderne à Santé Canada* a été approuvé en mai 2002. On peut trouver une description plus complète de cette stratégie et des autres activités ministérielles contribuant de la mise en œuvre de pratiques de gestion modernes à la Section IV : Thèmes du gouvernement et enjeux en matière de gestion.

On a mis en place une unité ministérielle d'assurance de la qualité pour assurer la réalisation d'examens indépendants des pratiques et contrôles de gestion, par l'analyse des politiques, des pratiques et des activités et par la définition et l'évaluation des risques et des mesures d'atténuation des risques dans le domaine des subventions et contributions et de l'octroi de contrats.

Le Ministère a obtenu d'importants succès pour ce qui est de rendre ses effectifs plus représentatifs afin de mieux répondre aux besoins de la population canadienne. En date du 31 mars 2003, la répartition des employés de Santé Canada entre les groupes visés par l'équité en matière d'emploi était la suivante : 11,3 % de minorités visibles, 6,4 % d'Autochtones, 4,3 % de personnes handicapées et 66,9 % de femmes.

Mise en valeur et épanouissement des communautés de langue officielle en situation minoritaire

Au cours de la dernière année, Santé Canada a contribué à la mise en valeur et à l'épanouissement des collectivités minoritaires de langues officielles au Canada. Le Ministère a bénéficié des conseils et du soutien de deux comités consultatifs sur les priorités des minorités francophones et anglophones en matière de santé. On a notamment investi 1,9 million de dollars dans le lancement d'une initiative de réseautage des communautés francophones en situation minoritaire de l'Ontario, du Manitoba, de l'Île-du-Prince-Édouard et de l'Alberta. Les leçons tirées de cette entreprise seront partagées avec les autres communautés francophones minoritaires qui envisagent l'établissement de réseaux.

En outre, Santé Canada et Patrimoine canadien ont accordé un financement combiné de 3,8 millions de dollars pour des projets communautaires dans le cadre de l'initiative Partenariats interministériels avec les collectivités de langue officielle, de Patrimoine canadien. On a également investi 1,2 million de dollars dans un projet de télé-oncologie qui a permis la mise en place d'un système efficace et complet de dépistage du cancer du col de l'utérus, afin de réduire le taux de mortalité lié à cette maladie dans la communauté francophone minoritaire du Nouveau-Brunswick. De plus, on a accordé 200 000 $ à un projet québécois de réseau d'appui communautaire pour les patients, qui vise à relier les collectivités ayant peu ou pas accès aux services de santé en langue anglaise et un réseau anglophone de Montréal, qui offre de l'information sur la santé, un soutien aux patients, des groupes de soutien et l'accès à une expertise médicale.

Le plan d'action du gouvernement pour les langues officielles, lancé en mars 2003, prévoit un investissement de 119 millions de dollars dans les soins de santé afin de mettre en œuvre des mesures positives pour répondre aux besoins des collectivités, notamment une initiative de formation et de maintien en poste pour les professionnels de la santé et de réseautage communautaire, conçue pour améliorer l'accès aux services de santé offerts aux communautés de langues officielles en situation minoritaire. Sur ce montant, on prévoit réaffec-

ter 30 millions de dollars du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires pour améliorer l'accès de ces communautés aux services de santé. Les investissements et les initiatives relatifs aux soins de santé sont l'aboutissement de plusieurs années de collaboration entre les communautés de langues officielles en situation minoritaire et Santé Canada.

Exécution des programmes de Santé Canada dans les régions

En 2002-2003, les directeurs généraux régionaux et leur personnel, reconnaissant que l'engagement collectif de multiples partenaires est nécessaire à la réalisation d'un travail efficace dans le domaine de la santé, ont utilisé les réseaux d'intervenants déjà établis à l'échelle régionale et en ont créé de nouveaux pour mettre en œuvre plusieurs initiatives qui ont amélioré le partage de l'information, la collaboration l'adaptation des programmes ministériels aux besoins locaux. Les bureaux régionaux ont également contribué à définir l'orientation du Ministère en ce qui a trait à la réforme de la santé.

Avec le concours du Conseil des hauts fonctionnaires fédéraux de la région du Pacifique (CHFFRP), le Ministère a coordonné les activités fédérales concernant les mesures d'urgence en Colombie-Britannique et a organisé quatre événements visant à accroître la capacité des gestionnaires fédéraux à diriger des dossiers exigeant une coordination interministérielle et à fournir des services à la population dans les deux langues officielles.

Afin d'aider les groupes communautaires à mieux planifier et évaluer leur travail relativement aux déterminants de la santé, le personnel de Santé Canada au Manitoba et en Saskatchewan a collaboré avec la *Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit*, qui œuvre en milieu universitaire, pour publier un manuel qui fait état des incidences des programmes de santé sur les déterminants de la santé de la population et qui vise une planification et une reddition de comptes plus efficaces. Les concepts clés du manuel ont été présentés dans le cadre d'ateliers de renforcement des capacités qui se sont tenus au Manitoba et en Saskatchewan. Quatre-vingts pour cent des participants qui ont évalué la séance conviennent qu'ils sont plus en mesure d'intégrer les déterminants de la santé de la population à la planification et à l'évaluation de leurs programmes depuis qu'ils ont suivi l'atelier.

Les relations de travail qui se sont nouées entre la région Alberta/Territoires du Nord-Ouest et les divers niveaux administratifs de l'Alberta au cours des préparatifs du sommet du G8 de 2001 constituent un modèle pertinent de travail interministériel et intergouvernemental à l'échelle locale. Les éléments clés du modèle sont les suivants : un accès rapide au Ministère par l'intermédiaire des fonctionnaires de Santé Canada qui travaillent dans les régions, l'adaptation des processus fédéraux aux besoins locaux des diverses administrations, et l'établissement d'un mécanisme unique de communication à des fins de suivi.

Pour atténuer les obstacles auxquels font face les fonctionnaires fédéraux qui font partie d'une minorité visible et pour remédier à leur sous-représentation au sein de la fonction publique, on a élaboré une stratégie dans le cadre du plan d'action « Faire place au changement dans la fonction publique fédérale ». Santé Canada était le partenaire responsable de la promotion et de la coordination, avec le Conseil fédéral interministériel de l'Ontario.

La région du Québec a pris part activement au 6ᵉ atelier fédéral sur le développement durable, organisé par le Groupe interministériel fédéral sur le développement durable (GIFDD). L'atelier rassemblait 30 ministères fédéraux, agences et sociétés d'État et accueillait, pour la première fois cette année, des intervenants du secteur privé et académique. Cet évènement a permis l'échange d'information et de bonnes pratiques, de même que le partage de connaissances entre les participants, dans le but de favoriser l'intégration du développement durable dans leurs activités et leurs opérations.

Dans la région de l'Atlantique, Santé Canada mise sur les partenariats avec les quatre ministères provinciaux de la santé pour former un comité de planification stratégique de l'Atlantique en matière de santé. Au cours de 2002-2003, les cinq partenaires ont continué de travailler à leur première priorité commune : la Stratégie de l'Atlantique sur le mieux-être pour une vie active et une alimentation saine. Les partenaires ont lancé des initiatives conjointes pour cerner les capacités communautaires et définir un cadre stratégique qui soutienne la stratégie sur le bien-être.

Bureau de l'expert scientifique en chef

Le Bureau de l'expert scientifique en chef offre un leadership, une cohérence et une expertise en ce qui a trait à l'orientation stratégique globale des responsabilités et des activités scientifiques de Santé Canada. En plus de fournir des conseils relativement aux tendances et possibilités dans le domaine des sciences, le Bureau de l'expert scientifique en chef a intensifié ses partenariats de recherche en santé avec les universités, l'industrie, les organismes non gouvernementaux et les organisations internationales en appuyant des ateliers, des conférences et des symposiums. Le Forum de recherche de Santé Canada : De la science à la politique a offert une vitrine à plus de 200 initiatives scientifiques du Ministère. Le Forum des sciences sur l'évaluation du risque, coprésidé par l'Agence canadienne d'inspection des aliments, a rassemblé des participants du Canada et d'autres pays. L'événement a stimulé les interactions entre les évaluateurs de risque et les gestionnaires du risque en vue de clarifier leurs champs d'action respectifs.

Le Bureau de l'expert scientifique en chef et ses partenaires ont accordé 1,2 million de dollars à 13 équipes interdisciplinaires de recherche du Canada afin d'encourager la recherche visant à réduire les disparités sur le plan de la santé et à promouvoir la santé chez les populations vulnérables. De concert avec ses partenaires, Santé Canada a également conclu une entente pour soutenir l'Initiative sur la salubrité des aliments et de l'eau. Au titre de cette initiative, 1,5 million de dollars sont accessibles chaque année

pour financer des propositions de recherche, pour une période de trois ans.

Au Québec, le comité Sciences et technologies a organisé une activité de démarchage auprès des médias scientifiques, réunissant des représentants de 22 centres de recherche fédéraux au Québec, dont quelque 60 chercheurs, ainsi que des représentants de divers médias. Deux chercheurs ont représenté Santé Canada. L'évènement a permis de promouvoir les activités scientifiques effectuées dans ces centres, dans les domaines de l'eau, de l'espace, de la terre, de la faune et la flore, de l'énergie et de l'être humain, mais aussi de développer le réseautage entre les chercheurs et permettre la réalisation d'un compendium de toutes les recherches présentées lors de l'événement. Par ailleurs, Santé Canada, ainsi que quatre autres ministères fédéraux, ont participé à la création d'un cahier spécial sur la recherche réalisée au Québec par des scientifiques travaillant pour le gouvernement du Canada. Cet encart, paru dans un magazine scientifique, a rejoint plus de 300 000 lecteurs.

Le nouveau cadre de Santé Canada en matière de science vise à renforcer notre capacité de stimuler et de coordonner les activités scientifiques de haute qualité qui correspondent au mandat du Ministère et s'inscrivent dans la lignée des travaux de recherche réalisés à l'échelle nationale et internationale.

L'établissement du Comité d'éthique pour la recherche a pour but de garantir que les recherches de Santé Canada réalisées sur des sujets humains sont exécutées en conformité avec les normes éthiques les plus strictes. Ce comité indépendant est entré en fonction en 2002 afin d'officialiser le processus d'examen de Santé Canada en matière d'éthique. Le Comité examine les projets de recherche sur des sujets humains qui sont financés ou exécutés par Santé Canada, réalisés en collaboration avec des chercheurs externes ou exécutés dans les locaux de Santé Canada.

Amélioration des compétences des gestionnaires du système de santé : Désireux d'accroître l'importance accordée à la recherche sur la santé, le gouvernement fédéral a affecté 25 millions de dollars à un programme novateur visant à perfectionner les compétences des gestionnaires du système de santé (les infirmières et les médecins gestionnaires ainsi que les directeurs des services de santé) en ce qui concerne la façon d'utiliser la recherche pour favoriser la prise de décisions fondées sur des données probantes et améliorer la gestion du système canadien de santé. Le Programme de formation des cadres pour l'application de la recherche permettra de tisser des liens entre les décideurs et les chercheurs et de favoriser l'échange d'informations sur les perspectives, les idées et les besoins entre ces deux groupes et entre les cadres des secteurs de la santé et de la gestion. Les participants incluront des cadres intermédiaires ou supérieurs des organismes de soins de santé, et chacun d'eux recevra une bourse de recherche de deux ans. Le Programme sera exécuté par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (http://www.chsrf.ca), avec laquelle Santé Canada continuera de travailler de près afin de gérer cette subvention.

Section IV :

Thèmes du gouvernement et enjeux en matière de gestion

Fonction de contrôleur moderne (pratiques de gestion modernes)

Le mise en œuvre d'une culture d'excellence en matière de gestion représente un processus de longue haleine qui suppose des changements de divers ordres au sein d'une organisation. Les initiatives porteuses de changement sont décrites dans le document de mai 2002 publié par Santé Canada qui s'intitule *Mise en œuvre de la fonction de contrôleur moderne à Santé Canada — Une stratégie de gestion moderne* (SGM).

Le Ministère a confié à son Sous-comité sur les opérations la responsabilité de la mise en œuvre de la SGM afin que cette dernière fasse l'objet d'une surveillance permanente.

Le Bureau de la fonction de contrôleur moderne joue un rôle clé puisqu'il diffuse la SGM et soutient les gestionnaires des directions générales et des bureaux régionaux qui mettent de l'avant des initiatives d'optimisation de la gestion. Le Bureau surveille les progrès accomplis et en rend compte à l'interne et aux organismes centraux, en plus de mettre à jour la section sur la fonction de contrôleur moderne dans le site Web de Santé Canada. Pour consulter la SGM et le rapport d'étape sur la mise en œuvre de cette dernière, se rendre à l'adresse suivante : http://www.hc-sc.gc.ca/francais/soins/depenses/controleur_moderne.htm.

En novembre 2002, on a soumis au Secrétariat du Conseil du Trésor un *Rapport d'étape sur la mise en œuvre de la Stratégie de gestion moderne à Santé Canada*. Ce document mettait en valeur les efforts du Ministère et les progrès accomplis relativement à plusieurs pratiques et initiatives de gestion moderne.

Un an après le début de la mise en œuvre de la SGM, plus de 60 % des mesures prévues pour donner suite aux principales conclusions de l'évaluation des capacités (2001) ont été mises en œuvre, et des initiatives sont déjà en place pour donner suite aux autres recommandations clés.

Initiatives clés contribuant à jeter les bases d'une modernisation réussie de nos pratiques de gestion – un ensemble commun de valeurs et de principes éthiques et une main-d'œuvre et un environnement de travail sains

Dans la foulée d'un dialogue fructueux sur les valeurs et l'éthique qui s'est tenu à l'échelle du gouvernement, le Centre d'éthique en milieu de travail de Santé Canada a préparé un rapport intitulé *Façonner notre culture organisationnelle* qui comprend un énoncé de valeurs et de principes éthiques. On a également élaboré un plan d'action pluriannuel global portant sur les valeurs et les principes éthiques qui donnera suite au dialogue. Le document a été approuvé en août 2002, et on procède actuellement à sa mise en œuvre.

L'Initiative sur la santé en milieu de travail et la modernisation des ressources humaines, lancée en 2002, mise sur des travaux déjà entrepris pour élaborer un plan d'action ministériel sur la santé en milieu de travail et mettre à jour la stratégie ministérielle sur la gestion des ressources humaines. On a entrepris de jeter un regard critique sur notre environnement interne de travail et sur la santé de nos employés, en formant des groupes de travail composés d'employés qui ont pour tâche de formuler des recommandations sur les mesures à prendre dans les secteurs de l'apprentissage et du perfectionnement continu, de la promotion de la santé et des pratiques sanitaires, du milieu physique, de la culture organisationnelle et de la modernisation des ressources humaines. On a élaboré un plan d'action intitulé *Un personnel sain dans une organisation saine et efficace : une feuille de route pour Santé Canada*, qui sera mis en œuvre sur trois ans.

Grâce au cours « *Une gestion axée sur les résultats* » offert aux gestionnaires, le Ministère favorise un environnement où les gestionnaires peuvent apprendre à mieux connaître et à mieux comprendre les systèmes ministériels et les pratiques de gestion qui les aideront à prendre de bonnes décisions en matière de gestion et à atteindre des résultats plus probants.

Autres initiatives clés contribuant à jeter les bases d'une organisation moderne sur le plan de la gestion : gestion intégrée des risques, systèmes de contrôle de qualité et cadres redditionnels

On a créé le Bureau de la gestion intégrée du risque pour diriger l'élaboration et la mise en œuvre d'un cadre intégré de gestion des risques qui s'inscrirait dans le plan d'action du Ministère concernant la SGM.

Jusqu'ici, on a mis en œuvre 75 % des 52 recommandations formulées dans le Cadre de contrôle et le plan d'action relatif aux subventions et contributions. Le Centre d'expertise sur les subventions et les contributions de Santé Canada a normalisé les ententes de contribution, mis en place une formation obligatoire au sein du Ministère

et rationalisé les systèmes de gestion des subventions et contributions. Ces initiatives assurent une reddition de comptes efficace relativement à la gestion des programmes de subventions et de contributions du Ministère.

À cause de la nature changeante des exigences redditionnelles à l'échelle du gouvernement, on a créé un plan d'action ministériel concernant le cadre de gestion des contrats afin d'uniformiser les ententes et de permettre aux gestionnaires de programmes de mieux connaître les politiques, lignes directrices et procédures en vigueur au gouvernement en ce qui a trait à l'octroi de contrats au secteur privé pour la production de biens ou de services. Le plan d'action aborde des enjeux comme la conformité avec les politiques et les règlements contractuels en matière de production de biens et services, et l'amélioration globale des pratiques contractuelles. À ce jour, le Ministère a donné suite à 58 % des 72 recommandations qu'il a émises.

Compte tenu de la main-d'œuvre vieillissante dans les ministères et organismes du gouvernement, le recrutement de vérificateurs issus du milieu de la vérification pose un problème majeur. Grâce à des efforts de recrutement massifs, le Bureau de la vérification et de la responsabilisation (BVR) dispose aujourd'hui d'un effectif complet. Bâtir une équipe de professionnels dans un laps de temps si court (c.-à-d. moins de cinq mois) était d'une importance capitale pour notre fonction de vérification. En décidant de siéger à un nombre accru de comités, le Bureau a également réussi à renforcer considérablement ses réseaux au sein du Ministère et les liens qu'il entretient avec les organismes centraux et les associations professionnelles indépendantes. Ensemble, ces initiatives ont permis à Santé Canada d'élaborer et de commencer à mettre en œuvre un plan de vérification globale fondé sur les risques pour 2003-2004, en s'inspirant du Cadre stratégique de gestion du risque du Ministère et des consultations qui se sont tenues auprès de plus d'une centaine de cadres supérieurs à l'échelle du Ministère.

Dans le cadre du projet d'amélioration de la gestion des documents au Ministère, on a fait le ménage des documents sur papier, on en a fait l'inventaire puis on a procédé à la fusion et à la mise en œuvre des pratiques optimales de gestion des dossiers. Le projet a également permis la classification et la transposition des dossiers en fonction d'une structure de classification commune, laquelle marque le début d'une stratégie de gestion de l'information.

Au cours de la dernière année, on a achevé l'examen exhaustif des programmes de sécurité de Santé Canada dans le but d'améliorer la protection des employés, d'accroître les dispositifs de sécurité entourant les biens de nature délicate et les informations confidentielles, et d'améliorer le caractère sécuritaire des installations de Santé Canada. On en est aujourd'hui à donner suite aux recommandations émanant de l'examen : par exemple, dans le but de coordonner plus efficacement la prestation des services de sécurité visant les employés et les clients à l'échelle nationale, on en est à mettre en œuvre un programme intégré de sécurité qui fonctionnera en vertu d'un cadre de gestion unique.

Développement durable

La Stratégie de développement durable (SDD) 2000 de Santé Canada a été mise en œuvre il y a plus de deux ans. La SDD a été élaborée à partir de trois champs d'action prioritaires, qu'on désigne comme des thèmes.

- Contribuer à créer des environnements sociaux et physiques simples.
- Intégrer le développement durable au processus décisionnel et aux méthodes de gestion du Ministère.
- Réduire au minimum les effets nocifs, sur la salubrité de l'environnement, du fonctionnement et des activités du Ministère.

À l'intérieur de ces trois champs d'action, les engagements de l'organisation sont regroupés par objectifs puis par cibles. Les objectifs désignent les résultats prioritaires qui correspondent à chacun des thèmes de développement durable, tandis que les cibles désignent les extrants plus spécifiques et plus mesurables qui contribuent à la réalisation de chacun des objectifs. À ce jour, 31 % des objectifs de la SDD 2000 sont atteints, et 57% des cibles sont en voie de l'être d'ici mars 2004. On a rencontré des obstacles relativement à 12 % des cibles visées, et l'on tente de rectifier la situation au moyen de mesures correctives.

La SDD 2000 de Santé Canada a été rédigée en fonction de rapports, priorités et initiatives clés du gouvernement fédéral en matière de développement durable. On pense notamment aux lignes directrices concernant les stratégies ministérielles décrites dans le *Guide de l'écogouvernement* et au document *Avancer dans la voie du progrès : La deuxième génération de stratégies de développement durable*, publié en 1999 par le commissaire à l'environnement et au développement durable qui fait part de ses attentes quant à la deuxième vague de SDD.

L'engagement fondamental de Santé Canada à l'égard du développement durable a une portée qui va bien au-delà du cycle de trois ans prévu pour chaque stratégie : il s'agit d'une approche intégrée des enjeux environnementaux, économiques et socioculturels. La SDD 2000 est une stratégie globale portant à la fois sur les politiques et les programmes ministériels et sur la gestion des opérations internes du Ministère. Au moment de l'élaboration de la SDD 2000, on s'est assuré de clairement associer les extrants mesurables à chacune des cibles à court terme qui nous permettraient de réaliser les objectifs à long terme. Toutefois, il n'y avait à ce moment-là aucun indicateur spécifique de rendement pour évaluer la réalisation des objectifs à plus long terme, ce qui limitait la portée de l'établissement de rapports.

Les progrès accomplis en matière de développement durable ne sont pas exclusivement attribuables à la stratégie. À mesure que le concept de développement durable est intégré au Ministère, certaines responsabilités sur le plan de l'environnement, de l'économie et de l'éthique deviennent inhérentes aux politiques et programmes nouveaux et revus. Pour obtenir un rapport complet sur le développement durable à

Santé Canada, veuillez consulter le rapport annuel de 2002-2003 concernant la SDD 2000 à l'adresse suivante : www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/bdd/report.htm.

Le programme de recyclage des piles, lancé en 2001, sert à récupérer les piles – qui sont considérées comme des déchets dangereux – dans les sites d'enfouissement. En 2002-2003, on a élargi le programme pour inclure tous les établissements de la région de la capitale nationale occupés par Santé Canada. Au cours des six premiers mois du programme, on a recyclé 36 % de plus de petites piles usagées (A, AA, AAA) qu'au cours de toute l'année financière précédente, tandis que cette proportion s'élève à 43 % pour les batteries (6V et 12V) pour la même période.

Le site Web du Bureau du changement climatique et de la santé a été lancé à l'adresse http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/bccs/index.htm. Le site comprend de l'information sur les incidences des changements climatiques sur la santé et le bien-être de la population canadienne, sur la façon de travailler des scientifiques qui font avancer les connaissances dans le domaine, sur les moyens dont le secteur public de la santé dispose pour entreprendre de planifier son adaptation, sur les événements et publications à venir et sur d'autres sujets d'intérêt.

Initiative d'amélioration des services

L'initiative d'amélioration des services vise les ministères qui offrent directement un service à la population canadienne. L'objet de l'initiative est d'améliorer la satisfaction des Canadiens à l'égard des services qu'ils reçoivent. Voici les résultats obtenus en 2002-2003 par Santé Canada, qui est un des six ministères responsables de la mise en œuvre de l'initiative :

Le **Centre national d'exception des médicaments des SSNA** traite les demandes des personnes qui désirent se procurer des médicaments d'exception ou à usage restreint en vertu du Programme des services de santé non assurés. Dans le but d'améliorer le service, on a réalisé en juin 2002 une enquête visant au hasard 1 000 pharmaciens qui avaient demandé l'autorisation de se procurer certains médicaments pour des Indiens inscrits et des Inuits. Le Centre d'exception a donné suite aux commentaires et suggestions des pharmaciens en apportant des changements appropriés au fonctionnement de l'organisation : on a notamment simplifié les procédures d'approbation relatives à certains médicaments. Sur une échelle de un à cinq, on accorde en moyenne un quatre aux services offerts par le Centre.

Votre santé et vous, ce sont des fiches de renseignements qui servent à transmettre à la population canadienne des informations d'ordre général sur la santé. Au moyen

d'une enquête visant les distributeurs et les utilisateurs de ces documents, on a repéré des possibilités d'améliorer la distribution, notamment par la promotion de la version en direct et la mise à jour des listes de bases de données. À la suite de cet exercice et d'autres recommandations, on a réduit les fiches de renseignements à deux ou trois pages, on a rendu les articles accessibles sur Internet en format pdf et html, et on a accru la capacité de diffusion du site afin que les clients puissent être avisés au moment de la publication de nouvelles fiches de renseignements. Afin d'assurer l'uniformité du format et du contenu rédactionnel, on a mis en place des normes et on utilise un langage clair et simple. On a organisé en novembre 2002 un lancement national de la publication. Le degré de satisfaction est de quatre sur une échelle de cinq.

On a lancé en octobre 2002 à Toronto les **Lignes de renseignements généraux de Santé Canada**, projet pilote régional visant à améliorer les services offerts à la population. Depuis qu'on a ajouté une ligne sans frais, on a reçu plus de 10 700 appels. Le système interactif bilingue d'aiguillage vocal permet d'accéder à d'autres sources d'information comme le Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, *Toronto Public Health*, Développement des ressources humaines Canada et le service 1 800 O CANADA. Le système d'aiguillage permet également d'accéder à la Direction générale des produits de santé et des aliments et au Programme de la sécurité des produits de consommation de la Direction générale de la santé environnementale et de la sécurité des consommateurs, qui offrent tous deux un service bilingue. Le numéro sans frais est inscrit dans les pages bleues de tous les répertoires téléphoniques de l'Ontario. En offrant un service bilingue, les lignes directrices d'information générales fournissent aux résidents de l'Ontario un accès équitable aux informations de Santé Canada, quel que soit le lieu de résidence ou la langue officielle du demandeur.

Le ***Service de renseignements sur la lutte antiparasitaire*** répond aux demandes courantes qui concernent les risques que posent les produits antiparasitaires pour la santé humaine et l'environnement. On a effectué des entrevues téléphoniques auprès des utilisateurs de la population en général et des titulaires de produits homologués, après quoi on a complètement revu le système de menus téléphoniques. On fait mention de la participation et des suggestions du public sur le site Web de l'Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire (ARLA). En ce qui a trait à la satisfaction de la clientèle, l'ARLA a obtenu une cote de 4,6 sur cinq.

Le **Réseau canadien de la santé (RCS)** est un service national bilingue d'information sur la santé accessible par Internet. On a effectué un sondage en direct des utilisateurs qui nous a permis de recueillir un certain nombre de recommandations. On a mis en œuvre un plan d'action qui prévoyait la restructuration de la page Web afin de la rendre plus conviviale, et l'amélioration du moteur de recherche du site C question de donner suite à la recommandation clé du rapport d'enquête. Au chapitre de la satisfaction globale, le RCS a obtenu une cote de 3,3 sur une échelle de cinq.

Le **Système de gestion des appels d'urgence disponible 24 heures sur 24, sept jours sur sept :** il s'agirait d'un point d'accès unique pour la gestion des urgences nationales en matière de santé, 24 heures sur 24, sept jours sur sept. Tandis que l'on continue de travailler sur le projet, qui permettrait aux professionnels de la santé d'accéder au système de gestion des appels en composant un seul et même numéro, on continuera d'avoir recours au système existant en cas d'urgence.

Responsabilisation envers la population canadienne

En septembre 2000, les premiers ministres du Canada se sont engagés à rendre publiquement des comptes à la population relativement au rendement de leur système de santé. Le gouvernement du Canada a rempli son engagement le 30 septembre 2002 lorsque Santé Canada a publié *Les Canadiens en santé : Rapport fédéral sur les indicateurs comparables de la santé 2002* (http://www.hc-sc.gc.ca/iacb-dgiac/arad-draa/francais/imputabilite/indicateurs.html). Le rapport comprend des informations sur la population canadienne dans son ensemble et sur les populations spécifiques comme les Premières nations qui habitent dans les réserves, les anciens combattants, le personnel militaire et les détenus des pénitenciers fédéraux, car le gouvernement fédéral a des responsabilités précises en matière de prestation de services de santé à ces populations. Ce rapport, au même titre que d'autres rapports similaires émanant de toutes les provinces et de tous les territoires, marque le début d'un processus continu d'établissements de rapports comparatifs par les divers ordres de gouvernement.

Gouvernement en direct

L'initiative du Gouvernement en direct (GED) vise à mieux servir la population canadienne et à faire en sorte que le gouvernement du Canada soit plus branché sur ses citoyens. Le Ministère continuera d'établir des partenariats pour la prestation de services électroniques avec d'autres ministères fédéraux ainsi qu'avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et les organismes non gouvernementaux. Voici les réalisations concernant le GED en 2002-2003 :

Portail canadien sur la santé (PCS) : Santé Canada a agi en partenariat avec l'Agence canadienne d'inspection des aliments, Environnement Canada, Statistique Canada et Anciens Combattants Canada pour réaliser ce site, et ce, en vertu de protocoles d'entente ratifiés par toutes les parties. Le Ministère collabore également avec plusieurs autres ministères fédéraux comme Citoyenneté et Immigration Canada, l'Agence canadienne de développement international, le Service correctionnel du Canada, Développement des ressources humaines Canada, Ressources naturelles Canada, la Gendarmerie royale du Canada, le Solliciteur général et Transports Canada, qui fournissent du contenu pour le Portail

canadien sur la santé (PCS) dans le cadre de l'initiative plus large du Gouvernement en direct. Le PCS est un site Internet qui fournit aux Canadiens un guichet unique vers des informations fiables et dignes de confiance en matière de santé. Le PCS a été lancé le 31 mai 2002 et est accessible à partir du site du gouvernement du Canada. Le portail permet aujourd'hui d'accéder à des informations d'actualité émanant des divers ministères et organismes fédéraux, ainsi qu'aux pages d'accueil des ministères provinciaux de la santé. L'adresse Internet est la suivante : http://chp-pcs.gc.ca/index.jsp.

Gestion du Web : On a poursuivi en 2002-2003 la mise en œuvre du nouveau site Web de Santé Canada qui regroupera au moins 130 sous-sites. Le projet a été lancé en mai 2001. À ce moment-là, on prévoyait le terminer en décembre 2002, mais on a reporté l'échéance à l'automne 2003, ce qui nous a donné le temps d'adapter les processus ministériels de publication sur le Web aux changements apportés. À mesure que le projet avance, il faut faire en sorte que les services d'information offerts aux clients et aux intervenants ne soient pas affectés par les changements.

Télésanté pour les Premières nations : On a mis en place des technologies de télésanté dans 21 collectivités de Premières nations en Alberta (le total s'élève à 23 sites si on inclut les bureaux régionaux et les bureaux de secteur de Santé Canada). Grâce à une solution novatrice supposant l'utilisation d'un satellite bidirectionnel et d'une large bande terrestre conventionnelle, 41 centres de santé ont accès à Internet à haute vitesse. Environ 500 professionnels de la santé des Premières nations ont maintenant accès à Internet. D'avril 2002 à avril 2003, ces professionnels ont visité en moyenne 125 sites par jour pour obtenir des informations relatives à la santé, et ils ont organisé 251 vidéoconférences. Le projet vise à rendre plus accessibles les informations sur la santé aux personnes qui vivent dans les régions isolées ou qui ont de la difficulté à avoir accès à ce type de formation à cause d'obstacles culturels ou linguistiques ou à cause du manque de ressources cliniques. Le projet se poursuivra jusqu'en 2004 – des activités de déploiement, d'élaboration de programmes et d'améliorations du fonctionnement ainsi que des activités de soutien sont prévues – et devraient prendre fin en 2005. C'est à ce moment-là qu'on procédera à l'évaluation du projet. Parmi les problèmes qui risquent d'entraver le bon déroulement du projet, mentionnons la perte de signal attribuable à des facteurs atmosphériques le désalignement de l'antenne parabolique ainsi que la pénurie de personnel technique dans les collectivités des Premières nations. Les leçons qu'on a pu tirer de l'expérience jusqu'ici nous indiquent que la technologie de télésanté doit être facile à utiliser : si elle ne l'est pas, les utilisateurs refuseront de s'en servir. En outre, il faut s'attaquer aux enjeux entourant la responsabilité et la confidentialité avant d'aborder l'aspect technique du projet. Pour obtenir de plus amples renseignements, consulter la page suivante : http://www.hc-sc.gc.ca/fnihb-dgspni/dgspni/spsp/telesante/index.htm.

Soins primaires aux Premières nations et aux Inuits – dossier de santé électronique (DSÉ) : On a créé une application sur les soins de santé à domicile, les soins communautaires et le diabète chez les

Autochtones, qui servira de complément au système d'information sur la santé des Premières nations et des Inuits. Ces applications, combinées à une composante englobant des informations sur les toxicomanies, constituent la base de ce qui deviendra le dossier électronique sur la santé des Premières nations et des Inuits. Jusqu'à 600 collectivités des Premières nations bénéficieront du projet, une fois qu'on aura réalisé des essais pilotes à l'automne 2003. De plus, on fournira un accès par satellite à environ 130 collectivités éloignées, ce qui permettra à de nombreux établissements de santé d'avoir accès pour la première fois à Internet haute vitesse et au courriel. Cette initiative a le même but que bien d'autres : améliorer l'accès aux informations sur la santé, optimiser les services de santé et faire en sorte que l'état de santé des Premières nations et des Inuits soit comparable à celui du reste de la population canadienne. Le document *Les Canadiens en santé – Rapport fédéral sur les indicateurs comparables de la santé 2002* fournira des données de base qui permettront de mesurer l'amélioration de l'état de santé des Autochtones.

Réseau de surveillance de la santé au Canada : Santé Canada a continué de tirer profit des progrès technologiques pour rendre les systèmes de surveillance plus accessibles et plus conviviaux. Le Ministère a rendu accessible sur Internet son Système d'information en santé publique, afin qu'un plus grand nombre de fournisseurs de services de santé puissent bénéficier d'un système automatisé et intégré de dossiers médicaux des clients et de production de rapports. Il s'agit d'une étape importante dans l'élaboration des composantes de santé publique qui constitueront le dossier de santé électronique. En fonction des essais pilotes qui ont donné des résultats positifs au Manitoba, en Colombie-Britannique et dans une régie régionale de la santé en Alberta, Santé Canada travaillera en collaboration avec les provinces et territoires pour élargir le système et ainsi répondre aux besoins actuels et futurs des intervenants et de la population. Ce travail en collaboration, qui se déroule dans le cadre de la création du Système canadien intégré de la santé publique (SCISP), nous aidera à surmonter les difficultés associées au regroupement des informations qui concernent la surveillance en santé publique à l'échelle nationale. Pour obtenir de plus amples renseignements sur le SCISP, consultez l'adresse suivante : http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/csc-ccs/ciphs_f.html.

Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire en direct : Lorsque l'Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire (ARLA) a mis en place des mécanismes de recouvrement des coûts en 1997-1998, on s'est fixé comme objectif d'accroître l'efficacité des examens des demandes d'homologation de 40 % avant 2003. L'ARLA a créé un site Internet pilote pour faciliter les demandes électroniques d'homologation de pesticides. Un petit groupe de détenteurs d'homologation a mis à l'essai les outils, les formulaires et les gabarits électroniques du site, puis, à la fin de 2002, on a rendu ces composantes accessibles à l'ensemble des détenteurs d'homologation. Les demandes électroniques comptent aujourd'hui pour une part importante des progrès réalisés sur le plan de l'efficacité. Les applications seront inté-

grées à un projet électronique réglementaire de plus grande envergure qui portera sur les demandes électroniques et visera à répondre à certaines exigences spécifiées dans la nouvelle *Loi sur les produits antiparasitaires*. L'ARLA continue de travailler de concert avec ses homologues internationaux pour promouvoir la mise en place d'approches électroniques compatibles en ce qui a trait aux processus réglementaires. Pour obtenir des renseignements supplémentaires sur le sujet, consulter l'adresse suivante : http://www.hc-sc.gc.ca/pmra-arla/francais/main/gol-f.html.

Pour accéder au Rapport public de Santé Canada sur le GED, consulter la page suivante : http://www.hc-sc.gc.ca/francais/realiser_ged.htm.

Rapport sur le rendement du système de santé

Le Ministère a poursuivi le travail de collaboration avec ses homologues des gouvernements provinciaux et territoriaux dans le but de réaliser les engagements de l'Entente-cadre sur l'Union sociale (améliorer la mesure du rendement et la production de rapports sur le rendement), ceux du communiqué sur la santé émis en septembre 2000 par les Premiers ministres dans le but d'élaborer un cadre pour la production de rapports comparables, et ceux de l'entente signée par les premiers ministres en 2003 en vue de l'établissement d'indicateurs comparables. En septembre 2002, toutes les administrations ont fourni des rapports sur les indicateurs des résultats pour la santé, de l'état de santé et de la qualité des services. Ainsi, la population canadienne et les décideurs ont accès à des informations uniformes et comparables.

Nous avons intégré à l'annexe A du Rapport ministériel sur le rendement de Santé Canada en 2001-2002 cette méthode d'établissement de rapports quantitatifs.

Solutions de rechange en matière de prestation de services – Fondements

Améliorer le système canadien de statistiques sur la santé : Santé Canada travaille en collaboration étroite avec Statistique Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé afin de répondre aux besoins de la population canadienne en matière d'information sur la santé. Au cours de la dernière année, Santé Canada a joué un rôle important en investissant continuellement dans la production et la diffusion de données sur la santé de la population canadienne et le fonctionnement du système de soins de santé. Aussi, en vertu du budget 2003, 140 millions de dollars seront accordés sur cinq ans aux activités qui concernent les statistiques sur la santé. Santé Canada gère actuellement une contribution et une subvention (dont le financement a

été obtenu en trois phases) avec l'Institut canadien d'information sur la santé. Ces subventions et contributions permettent la réalisation de nombreuses activités liées à la diffusion d'information sur la santé, comme l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, les rapports sur la santé et les soins de santé au Canada et d'autres activités visant à moderniser et à tenir à jour les statistiques sur la santé de la population canadienne et sur les soins de santé au pays. Les activités de collecte de données financées au titre de ces investissements constituent une composante clé de l'établissement de rapports sur le rendement du système de santé par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur les projets financés, consulter l'adresse suivante :

http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=profile_roadmap_f.

Accélération du processus d'élaboration de solutions en vue de la mise en place d'un dossier électronique sur la santé : Dans la foulée de l'entente des premiers ministres sur la santé, conclue en septembre 2000, le gouvernement fédéral s'est engagé à fournir initialement 500 millions de dollars pour qu'une entreprise indépendante élabore et fasse appliquer des normes pancanadiennes sur l'information et qu'elle prépare des technologies de communication compatibles. On a choisi comme organisme sans but lucratif l'Inforoute Santé du Canada Inc., dont le mandat est entre autres d'accélérer l'élaboration et l'adoption de systèmes modernes de technologie de l'information et des communications dans le domaine de la santé. Les sous-ministres de la santé des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux (à l'exception du sous-ministre du Québec, qui a choisi de ne pas participer pour l'instant) composent l'organisation. La priorité immédiate de l'Inforoute est de favoriser et d'accélérer l'élaboration de solutions pancanadiennes et rentables pour mettre en place un système de dossiers électroniques compatibles sur la santé, ce qui permettra d'accroître la qualité des soins offerts. L'Inforoute a rendu public le sommaire de son premier plan d'activité en juin 2002; elle a également publié sa stratégie d'investissement et son premier rapport annuel.

Fidèle à son plan d'activités, l'Inforoute a annoncé en 2002-2003 deux phases d'investissement axées sur l'architecture et les normes du système et sur les registres de clients et de fournisseurs.

Au titre de l'accord de 2003 sur la santé, les premiers ministres se sont entendus pour mettre encore davantage l'accent sur la mise en place de dossiers électroniques de santé, et sur la création d'applications de télésanté, dans la mesure où le gouvernement fédéral s'engage à fournir des fonds additionnels pour permettre la réalisation de ces objectifs. Le gouvernement a effectivement affecté 600 millions de dollars à l'Inforoute au titre du budget fédéral de 2003. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le site http://www.infoway-inforoute.ca/.

Approvisionnement et attribution de contrats

1. Le rôle que jouent les achats et les marchés dans la prestation des programmes.

Au Ministère, l'approvisionnement et l'attribution de contrats sont intégrés au soutien de l'exécution des programmes. L'objectif des activités d'approvisionnement et d'attribution de contrats est de fournir du matériel et des services utilisés dans le cadre des activités des programmes qui visent la réalisation des buts et objectifs ministériels.

2. Survol des processus et des stratégies de la gestion des marchés au Ministère.

Dans le cadre de ses efforts généraux visant à renforcer ses pratiques et processus de gestion, Santé Canada a entrepris un examen de la gestion de la fonction d'attribution de contrats. En conséquence, et conformément aux principes de la fonction de contrôleur moderne, Santé Canada a préparé un cadre de gestion des contrats et un plan d'action pour mettre en œuvre les occasions d'amélioration relevées. Le plan d'action aborde quatre grands thèmes : responsabilité, responsabilisation, supervision et contrôle, et vérification. La haute direction de Santé Canada s'est engagée à adopter des pratiques de gestion de contrat rigoureuses à l'échelle du Ministère.

3. Les progrès et nouvelles initiatives permettant l'adoption des pratiques efficaces et efficientes d'achat.

Voici les réalisations de la Division de la gestion du matériel au cours de la dernière année :

- trois nouveaux cours – cours de formation des comités de contrôle des contrats et des demandes; énoncé de travail; cours de perfectionnement sur les demandes de propositions;
- amélioration des outils de travail comme les modèles de contrat, les formulaires d'autorisation et d'acheminement et la délégation des pouvoirs de signer des documents financiers;
- mise en place des comités de contrôle des contrats et des demandes (CCCD) dans chaque direction générale et chaque région à compter du 1er avril 2003;
- dialogue permanent avec les intervenants des CCCD dans le contexte des groupes de discussion des CCCD et de la création du comité consultatif sur la gestion du matériel.

4. Des liens Internet et (ou) les adresses de sites Web.

Santé Canada a créé un nouveau site Web sur la gestion du matériel qui comprend des informations pertinentes tirées de la base de données (en Lotus Notes) du centre des politiques ministérielles. Il faut encore faire plusieurs mises à jour avant de lancer le site Web qui remplacera la base de données du centre des politiques.

Gestion du matériel

1. Évaluation et (ou) inventaire des ressources.	L'inventaire complet de tous les biens immobiliers a été réalisé à l'automne 2000. Les feuilles d'inventaire sont mises à jour de façon continue. Chaque année, les registres principaux des actifs évalués à plus de 10 000 $ sont remis aux membres du comité du plan d'investissement à long terme (PILT) à des fins de vérification.
2. Fondement de l'évaluation et degré de confiance du Ministère à l'égard de l'évaluation.	On a dressé l'inventaire de tous les biens dont la valeur dépasse 1 000 $ et de tous les biens jugés attrayants, même si leur valeur est de moins de 1 000 $. La vérification de l'inventaire a été faite par chaque secteur de programme. Dans le récent rapport annonçant la création d'un cadre de gestion des actifs pour le Ministère, on en est à aborder la gestion des actifs et de l'inventaire.
3. Coûts du cycle de vie des biens essentiels à la mission.	Ces coûts sont décrits dans le PILT.
4. Élaboration d'un plan pour les biens essentiels du cycle ou de la mission.	Le 12 février 2002, on a présenté au Conseil du Trésor le Plan d'investissement à long terme. Une version mise à jour (partie II) devrait être présentée dans le cadre de la Mise à jour annuelle des niveaux de référence.
5. Progrès accomplis en vue d'inventorier ces biens et d'évaluer les coûts opérationnels qui s'y rattachent.	On a dressé l'inventaire de tous ces biens et on a cerné leurs coûts opérationnels.
6. Principales préoccupations et problèmes relevés.	Le PILT a permis de cerner des lacunes touchant le F&E et le financement des activités d'entretien des biens.
7. Évaluations des risques rattachés aux biens essentiels à la mission et conséquences financières éventuelles sur les capacités opérationnelles.	Les projets de construction sont soumis à l'examen du Commissaire des incendies du ministère du Travail, examen réalisé pendant la préparation des plans architecturaux, ainsi qu'à une dernière inspection précédant l'emménagement visant à garantir que toutes les installations nouvellement construites ou rénovées respectent les codes et les règlements appropriés en matière de construction. De plus, on fournit régulièrement des rapports sur l'état des immeubles dans le but de cerner toutes les situations potentiellement dangereuses pour la santé ou la sécurité. Le personnel chargé de l'entretien régional procède aussi à une inspection annuelle des installations; on prépare un budget de réparation et de remplacement dès qu'une situation exceptionnelle survient. On a cerné les répercussions financières : lacunes au chapitre du budget de F&E et du financement visant l'entretien et la durabilité des biens.

Analyse comparative entre les sexes

On a récemment élaboré une stratégie de mise en œuvre pour mettre en vigueur la politique sur l'analyse comparative entre les sexes à l'échelle de Santé Canada. La stratégie décrit les activités, les résultats et les extrants clés qu'on prévoit réaliser de 2003 à 2008 afin que cette politique horizontale soit soutenue et mise en application dans toutes les directions générales. D'ici la fin de la mise en œuvre de la stratégie, prévue sur cinq ans, on prévoit que les connaissances relatives à l'analyse comparative entre les sexes auront été largement diffusées, que l'analyse en question aura donné lieu à des travaux substantiels, et qu'elle aura été intégrée à la planification et aux activités quotidienne

Section V :

Rendement financier

Aperçu du rendement financier

Les tableaux financiers sommaires qui suivent donnent un aperçu de l'utilisation des ressources de Santé Canada en 2002-2003 et présentent des renseignements comparatifs pour les exercices antérieurs. Santé Canada s'efforce d'utiliser ses ressources de la manière la plus efficace et efficiente possible, ce qui suppose habituellement une réorganisation des ressources pendant l'exercice même. Voici quelques exemples d'une telle activité ayant eu lieu en 2002-2003 :

- 10,8 millions de dollars ont été accordés au service de gestion des produits pharmaceutiques afin de renforcer la surveillance de l'effet thérapeutique des médicaments (avantages et risques) sur les Canadiens, une fois la vente des médicaments approuvée au Canada; la création d'un processus consultatif intergouvernemental commun se rapportant à l'évaluation des substances destinées à être incluses dans les régimes d'assurance-médicaments du gouvernement (c.-à-d. le processus commun d'examen des médicaments); et un examen des pratiques exemplaires actuellement en place pour la prescription des médicaments et la promotion d'une utilisation appropriée de ceux-ci;
- 9 millions de dollars ont été prévus pour l'application de la *Loi canadienne sur la protection de l'environnement*, pierre angulaire de la protection de l'environnement au Canada – qui contribue au développement durable et joue un rôle capital quand il s'agit de protéger les êtres humains contre les effets néfastes de produits chimiques, d'autres substances, ainsi que les menaces pour l'environnement;
- 3 millions de dollars ont été accordés aux Services d'analyse des drogues pour que ceux-ci demeurent la seule source d'analyse de drogues illicites aux fins de la lutte antidrogue et pour qu'ils répondent aux exigences accrues des organismes d'application de la loi.

Les ressources nécessaires au financement de ces initiatives ont été prises des activités jugées moins prioritaires ainsi que des programmes où diverses stratégies pouvaient servir à réduire les coûts tout en atteignant les objectifs fixés. Du fait de ces efforts, les Canadiens sont davantage assurés d'en avoir pour leur argent.

Dans l'ensemble, en 2002-2003, la non-utilisation de fonds a été négligeable à Santé Canada. L'excédent était de 20,8 millions de dollars, ou moins de 1 % pour les ressources de fonctionnement et les ressources visant les subventions et les contributions. Cet excédent est principalement attribuable à la non-utilisation de fonds se rapportant à la stratégie de préparation et d'intervention d'urgence contre la variole. Ces ressources seront reportées à l'exercice 2003-2004, car elles serviront à parachever les activités reliées à cette initiative. L'excédent est également attribuable à des fonds qui ont été réservés afin de couvrir l'augmentation des coûts des régimes d'avantages sociaux des employés et d'autres cas mineurs de non-utilisation de ressources de fonctionnement.

Tableau financier 1 :
Sommaire des crédits approuvés
Autorisations pour 2002-2003

Le tableau qui suit illustre la répartition des ressources de Santé Canada par crédit approuvé. Santé Canada a deux crédits : le crédit 1 pour les dépenses de fonctionnement et le crédit 5 pour les subventions et contributions.

Les dépenses réelles associées au crédit 1 sont inférieures de 20,2 millions de dollars aux autorisations, surtout en raison d'une non-utilisation des fonds se rapportant à la stratégie de préparation et d'intervention d'urgence contre la variole, à des fonds pour l'augmentation des coûts des régimes d'avantages sociaux des employés et à d'autres cas mineurs de non-utilisation de ressources de fonctionnement. Les autorisations totales pour le crédit 1 sont de 232 millions de dollars supérieures aux dépenses prévues, surtout en raison de nouvelles ressources approuvées pour plusieurs initiatives telles que les mesures visant la pérennité des programmes de santé pour les Premières nations et les Inuits, la stratégie de préparation et d'intervention d'urgence contre la variole et les mesures visant le développement des jeunes enfants.

Les dépenses réelles associées au crédit 5 sont inférieures de 0,6 million de dollars aux autorisations, découlant principalement des ressources non utilisées dans le cadre du Sommet du G8 au Canada. Les autorisations totales pour le crédit 5 sont de 164,6 millions de dollars inférieures aux dépenses prévues, principalement en raison des modifications du profil de financement du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (FASSP) et du report à des exercices futurs des ressources prévues pour les services de soins de santé ainsi que le retraçage des donneurs et des receveurs en ce qui concerne l'hépatite C.

Besoins financiers par autorisation (en millions de dollars)

		2002-2003		
Crédit	**Santé Canada**	**Dépenses prévues[1]**	**Autorisations totales[2]**	**Dépenses réelles[2]**
1	Dépenses de fonctionnement	1 367,0	1 598,9	1 578,7
5	Subventions et contributions	1 197,2	1 032,6	1 032,0
(S)	Ministre de la Santé - Traitements et allocations d'automobile	-	0,1	0,1
(S)	Cotisations aux régimes d'avantages sociaux des employés	91,5	106,8	106,8
(S)	Utilisation des profits de l'aliénation de biens de l'État excédentaires	-	0,4	0,3
	Total pour le Ministère	**2 655,7**	**2 738,8**	**2 717,9**

Les autorisations totales correspondent à la somme du budget principal, des budgets supplémentaires et des autres autorisations.

1) Selon le Rapport sur les plans et les priorités de 2002-2003

2) Selon les Comptes publics de 2002-2003

Tableau financier 2 : Comparaison entre les dépenses totales prévues et les dépenses réelles

Le tableau qui suit illustre la façon dont les ressources sont utilisées à Santé Canada, par crédit et par secteur d'activité. On trouve des explications des écarts par secteur d'activité à la section III : Rendement du Ministère. Le tableau 5 – Recettes – contient des précisions sur les recettes non disponibles. Le coût des services fournis par d'autres ministères vise les locaux, la protection au titre des accidents de travail, les services juridiques et les régimes d'assurance des employés.

Dépenses prévues et dépenses réelles par secteur d'activité (en millions de dollars)

Secteurs d'activités	Équivalents temps plein	Fonction-nement	Immobi-lisations	Subventions & contributions	Total des dépenses brutes	Moins : recettes disponibles	Total des dépenses nettes
Politique en matière de soins de santé							
(Dépenses prévues)	305	59,4		168,0	227,4		227,4
(Autorisations totales)	*383*	*78,4*		*54,7*	*133,1*		*133,1*
(Dépenses réelles)	**422**	**78,4**		**54,7**	**133,1**		**133,1**
Promotion et protection de la santé							
(Dépenses prévues)	4 249	532,9		285,2	818,1	(52,9)	765,2
(Autorisations totales)	*4 404*	*633,4*		*231,0*	*864,4*	*(57,6)*	*806,8*
(Dépenses réelles)	**4 561**	**617,9**		**230,9**	**848,8**	**(46,6)**	**802,2**
Santé des Premières nations et des Inuits							
(Dépenses prévues)	1 427	670,8		651,3	1 322,1	(9,1)	1 313,0
(Autorisations totales)	*1 460*	*794,4*		*677,9*	*1 472,3*	*(6,9)*	*1 465,4*
(Dépenses réelles)	**1 685**	**793,4**		**677,9**	**1 471,3**	**(5,9)**	**1 465,4**
Gestion de l'information et du savoir							
(Dépenses prévues)	741	114,3		65,2	179,5		179,5
(Autorisations totales)	*615*	*79,3*		*31,8*	*111,1*		*111,1*
(Dépenses réelles)	**636**	**79,3**		**31,8**	**111,1**		**111,1**
Gestion et administration ministérielles							
(Dépenses prévues)	1 208	139,9	3,9	27,5	171,3	(0,7)	170,6
(Autorisations totales)	*1 316*	*173,5*	*12,4*	*37,2*	*223,1*	*(0,7)*	*222,4*
(Dépenses réelles)	**1 529**	**157,4**	**12,4**	**36,7**	**206,5**	**(0,4)**	**206,1**
Total							
(Dépenses prévues)	7 930	1 517,3	3,9	1 197,2	2 718,4	(62,7)	2 655,7
(Autorisations totales)	*8 178*	*1 759,0*	*12,4*	*1 032,6*	*2 804,0*	*(65,2)*	*2 738,8*
(Dépenses réelles)	**8 833**	**1 726,4**	**12,4**	**1 032,0**	**2 770,8**	**(52,9)**	**2 717,9**
Autres recettes et dépenses							
Recettes non disponibles							
(Dépenses prévues)							(7,6)
(Autorisations totales)							*(7,6)*
(Dépenses réelles)							**(35,2)**
Coût des services fournis par d'autres ministères							
(Dépenses prévues)							67,5
(Autorisations totales)							*67,5*
(Dépenses réelles)							**78,5**
Coût net du Programme							
(Dépenses prévues)							2 715,6
(Autorisations totales)							*2 798,7*
(Dépenses réelles)							**2 761,2**

Tableau financier 3 : Comparaison historique entre les dépenses totales prévues et les dépenses réelles

Le tableau qui suit présente l'évolution des dépenses au fil du temps par secteur d'activité. Les écarts importants s'expliquent en grande partie par les nouvelles initiatives annoncées durant les discours du budget récent (p. ex. les ressources pour aider à maintenir la pérennité du système de santé pour les Premières nations et les Inuits dans le cas des services de santé non assurés en 2002-2003) et lorsque nécessaire, le report des ressources d'une année à l'année suivante ou aux années suivantes (p. ex. les Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (FASSP) inscrits dans la politique en matière de soins de santé de 2002-2003) ainsi que le transfert de ressources concernant la gestion, la responsabilisation et les obligations de communication des initiatives relatives à l'infostructure canadienne de la santé (ICS) – de la Gestion de l'information et du savoir à la Promotion et la protection de la santé et à la Santé des Premières nations et des Inuits.

Certains des fonds annoncés ne valaient que pour un exercice, comme c'était le cas pour la Gestion de l'information et du savoir en 2001-2002 (p. ex. approbation d'une subvention non renouvelable de 95 millions de dollars à l'intention de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) pour la mise en œuvre du projet de Carnet de route de l'information sur la santé).

Dépenses prévues et dépenses réelles du Ministère par secteur d'activité (en millions de dollars)

	2000-2001	2001-2002	2002-2003		
Secteurs d'activités	**Dépenses réelles**	**Dépenses réelles**	**Dépenses prévues**	**Autorisations totales**	**Dépenses réelles**
Politique en matière de soins de santé	112,6	107,1	227,4	133,1	133,1
Promotion et protection de la santé	634,4	743,0	765,2	806,8	802,2
Santé des Premières nations et des Inuits	1 266,5	1 339,1	1 313,0	1 465,4	1 465,4
Gestion de l'information et du savoir	126,7	281,3	179,5	111,1	111,1
Gestion et administration ministérielles	180,3	208,6	170,6	222,4	206,1
Total	**2 320,5**	**2 679,1**	**2 655,7**	**2 738,8**	**2 717,9**

Les autorisations totales correspondent à la somme du budget principal, des budgets supplémentaires et des autres autorisations.

Tableau financier 4 : Concordance entre les résultats stratégiques et les secteurs d'activités

Dépenses totales prévues et dépenses réelles en 2002-2003 (en millions de dollars)

Résultats stratégiques		Secteurs d'activités						Secteurs d'activités	
		Politique en matière de soins de santé	Promotion et protection de la santé	Santé des Premières nations et des Inuits	Gestion de l'information et du savoir	Gestion et administration ministérielles	Total ($)	% du total	Équivalents temps plein
Un système de soins de santé solide et durable	(Dépenses prévues) **(Dépenses réelles)**	227,4 **133,1**					227,4 **133,1**	8,6% **4,9%**	305 **422**
Une population en meilleure santé grâce à la promotion de la santé et à la prévention des maladies	(Dépenses prévues) **(Dépenses réelles)**		378,9 **415,5**				378,9 **415,5**	14,3% **15,3%**	941 **1 282**
Produits de santé et aliments sûrs	(Dépenses prévues) **(Dépenses réelles)**		153,6 **144,5**				153,6 **144,5**	5,8% **5,3%**	1 727 **1 625**
Environnements plus sains et produits plus sûrs	(Dépenses prévues) **(Dépenses réelles)**		202,6 **210,5**				202,6 **210,5**	7,6% **7,7%**	1 142 **1 250**
Des produits et des programmes de lutte antiparasitaires durables pour les Canadiens	(Dépenses prévues) **(Dépenses réelles)**		30,1 **31,7**				30,1 **31,7**	1,1% **1,2%**	439 **404**
Premières nations et Inuits en meilleure santé grâce à la prestation, faite en collaboration, de services de promotion de la santé, de prévention des maladies et de services de soins de santé	(Dépenses prévues) **(Dépenses réelles)**			1 313,0 **1 465,4**			1 313,0 **1 465,4**	49,4% **53,9%**	1 427 **1 685**
Ensemble de données probantes amélioré et utilisation accrue des technologies de l'information et des communications pour appuyer la prise de décisions en santé	(Dépenses prévues) **(Dépenses réelles)**				179,5 **111,1**		179,5 **111,1**	6,8% **4,1%**	741 **636**
Soutien efficace pour la prestation des programmes de Santé Canada	(Dépenses prévues) **(Dépenses réelles)**					170,6 **206,1**	170,6 **206,1**	6,4% **7,6%**	1 208 **1 529**
Résultats stratégiques	(Dépenses prévues) **(Dépenses réelles)**	227,4 **133,1**	765,2 **802,2**	1 313,0 **1 465,4**	179,5 **111,1**	170,6 **206,1**	2 655,7 **2 717,9**		
% du total	(Dépenses prévues) **(Dépenses réelles)**	8,6% **4,9%**	28,8% **29,5%**	49,4% **53,9%**	6,8% **4,1%**	6,4% **7,6%**		100,0% **100,0%**	
Équivalents temps plein (ETP)	(Dépenses prévues) **(Dépenses réelles)**	305 **422**	4 249 **4 561**	1 427 **1 685**	741 **636**	1 208 **1 529**			7 930 **8 833**

Nota : les chiffres ayant été arrondis, il est possible que les totaux ne correspondent pas à la somme des chiffres des colonnes.

Tableau financier 5 : Recettes disponibles

Le tableau qui suit présente le total des recettes disponibles par secteur d'activité et secteur de services, et des recettes non disponibles par classement et par source. Les recettes non disponibles sont regroupées par source afin de présenter l'information de façon utile.

Diverses recettes disponibles sont présentées, notamment pour les instruments médicaux, la dosimétrie des rayonnements, l'évaluation des présentations de drogue, les médicaments vétérinaires, la réglementation de la lutte antiparasitaire, la sécurité des produits, les recettes d'hôpital provenant du paiement de services à l'intention des hôpitaux des Premières nations et des Inuits, visés par les régimes provinciaux et territoriaux, et de la vente de médicaments et de services de santé aux communautés des Premières nations.

Recettes (en millions de dollars)

	2000-2001	2001-2002	2002-2003		
	Recettes réelles	Recettes réelles	Recettes prévues	Autorisations totales[1]	Recettes réelles
Recettes disponibles[2] **Secteurs d'activités/secteurs de service**					
Promotion et protection de la santé					
Santé de la population et santé publique	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1
Produits de santé et aliments	34,5	35,5	36,1	40,7	32,2
Santé environnementale et sécurité des consommateurs	6,9	7,4	9,8	9,8	7,5
Réglementation de la lutte antiparasitaire	7,0	6,9	7,0	7,0	6,8
Santé des Premières nations et des Inuits					
Santé des Premières nations et des Inuits	7,2	6,9	9,1	6,9	5,9
Gestion et administration ministérielles					
Services de gestion	0,3	0,4	0,7	0,7	0,4
Total des recettes disponibles[2]	**55,9**	**57,2**	**62,7**	**65,2**	**52,9**
Recettes non disponibles **Principal classement et principale source**					
Recettes fiscales :					
Taxe sur les produits et services	0,2	-	-	-	-
Recettes non fiscales :					
Remboursement de dépenses	11,6	14,5	-	-	27,0
Vente de biens et de services	-	-	-	-	0,7
Autres frais	1,7	1,8	7,6	7,6	7,2
Produits de l'aliénation de biens de l'État excédentaires	0,8	0,6	-	-	0,3
Diverses recettes non fiscales	8,5	15,6	-	-	-
Recettes non disponibles totales	**22,8**	**32,5**	**7,6**	**7,6**	**35,2**
Recettes totales	**78,7**	**89,7**	**70,3**	**72,8**	**88,1**

1) Les autorisations totales correspondent à la somme du budget principal, des budgets supplémentaires et des autres autorisations.

2) Recettes disponibles : ces recettes étaient auparavant appelées « recettes à-valoir sur le crédit »; elles peuvent être dépensées par le Ministère.

Tableau financier 6 : Paiements de transfert

Le tableau qui suit présente la répartition des paiements de transfert (subventions, contributions et autres paiements de transfert) par secteur d'activité. Les écarts importants s'expliquent principalement par le report de ressources à de futurs exercices en ce qui concerne le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (FASSP) (à la Politique en matière de soins de santé) ainsi que le retraçage des donneurs et des receveurs en rapport avec l'hépatite C (à la Promotion et protection de la santé); et le transfert de ressources concernant la gestion, la responsabilisation et les obligations de communication des initiatives relatives à l'infostructure canadienne de la santé de la Gestion de l'information et du savoir à la Promotion et la protection de la santé, et à la Santé des Premières nations et des Inuits.

Certains des fonds annoncés ne valaient que pour un exercice, comme c'était le cas pour la Gestion de l'information et du savoir en 2001-2002 (p. ex. approbation d'une subvention non renouvelable de 95 millions de dollars à l'intention de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) pour la mise en œuvre du projet de Carnet de route de l'information sur la santé).

Pour plus de renseignements concernant les détails sur les paiements de transfert, veuillez consulter, en mode électronique, l'annexe B : Détails sur les paiements de transfert : dépenses réelles pour 2002-2003 à l'adresse suivante : http://www.hc-sc.gc.ca/francais/soins/depenses/index.htm.

Paiements de transfert par secteur d'activité (en million de dollars)

Secteur d'activité	2000-2001 Dépenses réelles	2001-2002 Dépenses réelles	2002-2003 Dépenses prévues	2002-2003 Autorisations totales[1]	2002-2003 Dépenses réelles
Subventions					
Politique en matière de soins de santé	11,9	1,1	0,9	3,5	**3,5**
Promotion et protection de la santé	23,7	23,3	30,3	20,5	**20,5**
Gestion de l'information et du savoir	0,0	95,0	0,0	0,0	**0,0**
Total des subventions	**35,6**	**119,4**	**31,2**	**24,0**	**24,0**
Contributions					
Politique en matière de soins de santé	43,0	29,5	167,1	51,2	**51,1**
Promotion et protection de la santé	172,6	179,1	214,8	189,3	**189,3**
Santé des Premières nations et des Inuits	589,1	637,0	651,3	677,9	**677,9**
Gestion de l'information et du savoir	20,8	49,2	65,2	31,8	**31,8**
Gestion et administration ministérielles	41,0	52,1	27,5	37,2	**36,7**
Total des contributions	**866,5**	**946,9**	**1 125,9**	**987,4**	**986,8**
Autres paiements de transfert					
Promotion et protection de la santé	29,6	55,8	40,1	21,2	**21,2**
Total des autres paiements de transfert	**29,6**	**55,8**	**40,1**	**21,2**	**21,2**
Total des paiements de transfert	**931,7**	**1 122,1**	**1 197,2**	**1 032,6**	**1 032,0**

1) Les autorisations totales correspondent à la somme du budget principal, des budgets supplémentaires et des autres autorisations.

Tableau financier 7 : Besoins en ressources par organisation et secteur d'activité

Comparaison entre les dépenses prévues et les autorisations totales pour 2002-2003 (RPP) et les dépenses réelles par organisation et secteur d'activité. Les explications relatives aux écarts par secteur d'activité se trouvent à la section III : Rendement du Ministère.

(En millions de dollars)

	Secteurs d'activités					
Organisation	**Politique en matière de soins de santé**	**Promotion et protection de la santé**	**Santé des Premières nations et des Inuits**	**Gestion de l'information et du savoir**	**Gestion et administration ministérielles**	**Total**
Politique de la santé et communications						
(Dépenses prévues)	227,4					227,4
(Autorisations totales)	*133,1*					*133,1*
(Dépenses réelles)	**133,1**					**133,1**
Santé de la population et santé publique						
(Dépenses prévues)		378,9				378,9
(Autorisations totales)		*420,1*				*420,1*
(Dépenses réelles)		**415,5**				**415,5**
Produits de santé et aliments						
(Dépenses prévues)		153,6				153,6
(Autorisations totales)		*144,5*				*144,5*
(Dépenses réelles)		**144,5**				**144,5**
Santé environnementale et sécurité des consommateurs						
(Dépenses prévues)		202,6				202,6
(Autorisations totales)		*210,5*				*210,5*
(Dépenses réelles)		**210,5**				**210,5**
Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire						
(Dépenses prévues)		30,1				30,1
(Autorisations totales)		*31,7*				*31,7*
(Dépenses réelles)		**31,7**				**31,7**
Santé des Premières nations et des Inuits						
(Dépenses prévues)			1 313,0			1 313,0
(Autorisations totales)			*1 465,4*			*1 465,4*
(Dépenses réelles)			**1 465,4**			**1 465,4**
Information, analyse et connectivité						
(Dépenses prévues)				179,5		179,5
(Autorisations totales)				*111,1*		*111,1*
(Dépenses réelles)				**111,1**		**111,1**
Services de gestion						
(Dépenses prévues)					76,5	76,5
(Autorisations totales)					*114,5*	*114,5*
(Dépenses réelles)					**98,7**	**98,7**
Exécutif du Ministère						
(Dépenses prévues)					94,1	94,1
(Autorisations totales)					*107,9*	*107,9*
(Dépenses réelles)					**107,4**	**107,4**
Total						
(Dépenses prévues)	227,4	765,2	1 313,0	179,5	170,6	2 655,7
(Autorisations totales)	*133,1*	*806,8*	*1 465,4*	*111,1*	*222,4*	*2 738,8*
(Dépenses réelles)	**133,1**	**802,2**	**1 465,4**	**111,1**	**206,1**	**2 717,9**
% du total	**4,9%**	**29,5%**	**53,9%**	**4,1%**	**7,6%**	**100,0%**

Nota : Les montants en italiques représentent les autorisations totales pour 2002-2003 (budget principal, budgets supplémentaires et autres autorisations). Les montants en gras représentent les dépenses réelles en 2002-2003.

Tableau financier 8 : Passifs éventuels

Le Ministère est nommé dans un certain nombre de recours individuels et collectifs intentés contre le gouvernement, surtout pour des allégations de négligence concernant la réglementation des instruments médicaux ainsi que du sang et des produits thérapeutiques. Comme les litiges en question en sont aux premiers stades et que les questions en jeu sont complexes, il n'est pas possible à ce moment de donner une estimation fiable des passifs éventuels qui pourraient s'ensuivre.

Section VI :

Autres renseignements

Contactez-nous

Bureaux régionaux

Atlantique

Centre maritime, bureau 1918
1505, rue Barrington
Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 3Y6
Téléphone : (902) 426-9564
Télécopieur : (902) 426-6659

Québec

Complexe Guy-Favreau, Tour Est
Bureau 202
200, boul. René Lévesque. Ouest
Montréal (Quebec) H2Z 1X4
Téléphone : (514) 283-5186
Télécopieur : (514) 283-1364

Ontario et Nunavut

25, avenue St. Clair Est, 4e étage
Toronto (Ontario) M4T 1M2
Téléphone : (416) 954-3593
Télécopieur : (416) 954-3599

Manitoba et Saskatchewan

391, avenue York
Bureau 300
Winnipeg (Manitoba) R3C 4W1
Téléphone : (204) 983-4764
Télécopieur : (204) 983-5325

Alberta et Territoires du Nord-Ouest

Canada Place, bureau 710
9700, avenue Jasper
Edmonton (Alberta) T5J 4C3
Téléphone : (780) 495-5172
Télécopieur : (780) 495-5551

Colombie-Britannique et Yukon

Sinclair Centre, Tour fédérale
757, rue West Hastings, bureau 235
Vancouver (Colombie-Britannique)
V6C 3E6
Téléphone : (604) 666-2083
Télécopieur : (604) 666-2258

Administration centrale

Téléphone : (613) 957-2991
Télécopieur : (613) 941-5366

Adresse Internet : http://www.hc-sc.gc.ca
Adresse postale :
Santé Canada
0900C2 – Sous-sol
Édifice Brooke Claxton
Ottawa (Ontario) CANADA
K1A 0K9

Références

Sélection de publications de Santé Canada

C'est bon d'en parler – Guide du médecin : Cinq minutes pour mieux communiquer

C'est bon d'en parler – Guide du patient : Comment obtenir le maximum d'une visite chez votre médecin

Carnet de santé de l'enfant du Canada

Danger : Gare à vos poumons

Guide canadien d'activité physique pour une vie active saine pour les aînés

La santé des jeunes : tendances au Canada

Le développement sain des enfants et des jeunes : le rôle des facteurs déterminants de la santé

Lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez les adultes

Meilleures pratiques : Syndrome d'alcoolisme fœtal/effets de l'alcool sur le fœtus et les effets des autres drogues pendant la grossesse

Meilleures pratiques : Traitement et réadaptation des femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues

Meilleures pratiques : Traitement et réadaptation des jeunes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues

Meilleures pratiques : Troubles concomitants de santé mentale et alcoolisme et de toxicomanie

Perspectives sur les approches complémentaires et parallèles en santé

Pourquoi toutes les femmes qui pourraient devenir enceintes devraient prendre de l'acide folique

Profil – Alcoolisme et toxicomanie – Traitement et réadaptation au Canada

Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada

Vie 100 Fumer

Virus du Nil occidental

Pour commander des document :

Publications
Santé Canada
Ottawa (Ontario)
K1A 0K9

Téléphone : (613) 954-5995

Télécopieur : (613) 941-5366

Appareil de télécommunications pour personnes sourdes : 1-800-267-1245

Section VII :

Mesurer la santé au Canada – résultats supplémentaires concernant l'état de santé des Canadiens

De nombreux facteurs déterminent la santé d'une population : les mesures prises par le gouvernement ne sont qu'un facteur parmi d'autres. Néanmoins, on est mieux à même d'interpréter les informations sur les programmes gouvernementaux touchant la santé lorsqu'on les met en rapport avec l'état de santé global de la population canadienne. On a relevé des activités ministérielles qui peuvent nous aider à comprendre la relation entre le travail entrepris par Santé Canada et les facteurs sous-jacents qui ont une incidence sur la santé des Canadiens. On a déjà tenté de commencer à intégrer les indicateurs repérés au nouveau cadre de gestion du rendement de Santé Canada.

Le Document *Mesurer la santé au Canada* précise le contexte dans lequel l'étude a été réalisée en plus de fournir des informations sur l'état de santé des Canadiens, des enfants, des Premières nations et des Inuits, sur les facteurs déterminants en matière de santé et les comportements et sur les ressources du système de santé. On fournit également des comparaisons internationales relativement à plusieurs mesures clés de la santé, afin de permettre au lecteur de mieux comprendre le contexte. Le plus souvent possible, on a utilisé le même sous-ensemble de nations pour toutes les comparaisons internationales; cependant, dans la mesure où on ne pouvait avoir accès à toutes les données concernant certains indicateurs, cette démarche n'a pas pu être systématiquement adoptée.

On a déployé tous les efforts possibles pour n'utiliser que des données connues et fiables pour rédiger la présente section. Toutes les sources utilisées ont été bien documentées.

Mesurer la santé au Canada fournit les informations suivantes :

Indicateurs transsectoriels en matière de santé

Espérance de vie à la naissance selon le sexe, Canada, 1979-2000 134

Autoévaluation positive de l'état de santé, selon le sexe, de 1994-1995 à 2000-2001 134

Un système de soins de santé solide et durable

Espérance de vie à la naissance, selon le sexe, comparaisons internationales, 2000 135

Taux de mortalité infantile, comparaisons internationales, 2000 135

Taux de mortalité normalisé selon l'âge attribuable à des causes sélectionnées, comparaisons internationales, 2000 136

Autoévaluation de l'état de santé, comparaisons internationales, 2001 136

Une population en meilleure santé grâce à la promotion de la santé et à la prévention des maladies

Prévalence normalisée selon l'âge des affections chroniques autodéclarées, Canada, 15 ans et plus, 1994-1995 – 2000-2001 137

Taux de mortalité normalisé selon l'âge, causes sélectionnées, Canada, 1950-1999 137

Années potentielles de vie perdues, causes de décès sélectionnées, Canada, 1979-1999 138

Incidence de maladies sélectionnées évitables par la vaccination, Canada, 1987-2000 138

Activité physique au Canada, selon le sexe, 1994-2000 139

Prévalence de l'asthme chez les enfants, 1994-1995 – 2000-2001 139

Prévalence du bénévolat pour une organisation de santé selon l'âge, 1997 et 2000 140

Produits de santé et aliments sûrs

Prévalence de l'obésité au Canada, 1994-1995 – 2000-2001 140

Incidence des intoxications alimentaires et des maladies hydriques, Canada, 1987-2000 141

Effets indésirables des médicaments – cas signalés – Canada, 1999-2002 141

Environnements plus sains et produits plus sûrs pour la population canadienne

Prévalence du tabagisme au Canada, 1999-2002 142

Prévalence de la fumée secondaire dans les ménages canadiens, 1999-2002 142

Prévalence de l'usage quotidien de la cigarette chez les personnes de 15 ans et plus, comparaisons internationales 2001 143

Premières nations et Inuits en meilleure santé grâce à la prestation, faite en collaboration, de services de promotion de la santé, de prévention des maladies et de services de soins de santé

Espérance de vie à la naissance, Premières nations et Canada, 1980-2000 143

Poids faibles et poids élevés à la naissance exprimés en pourcentage du taux brut de natalité, Premières nations et Canada 144

Taux d'incidence des maladies entériques, des toxi-infections alimentaires et des maladies hydriques, Premières nations et Canada, 1999 144

Comparaison des taux de pourcentage d'immunisation systématique chez les enfants de deux ans des Premières nations, dans les réserves (1999) et dans l'ensemble de la population canadienne (1998) 145

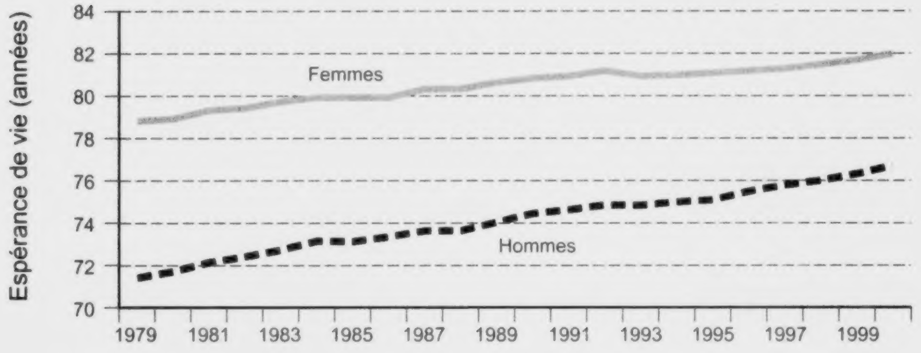
Ensemble de données probantes amélioré et utilisation accrue des technologies de l'information et des communications pour appuyer la prise de décisions en santé

Utilisation d'Internet à domicile pour obtenir des informations sur la santé, selon l'âge, 1998-2000 146

Visites de sites Web pour obtenir des informations sur la santé, 2002-2003 146

Indicateurs transsectoriels en matière de santé

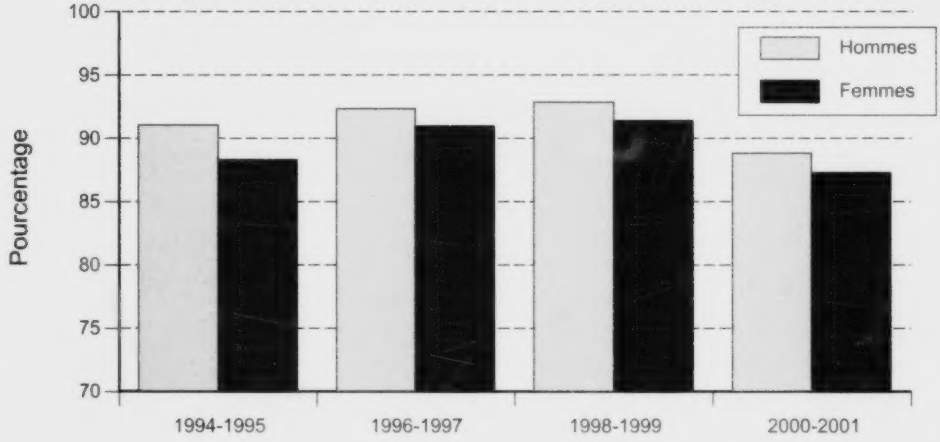
Espérance de vie à la naissance selon le sexe, Canada, 1979-2000



Source : Statistique Canada, Statistique de l'état civil, Base de données sur les naissances et sur les décès, et Division de la démographie (estimations de la population)

- L'espérance de vie à la naissance a constamment augmenté au XX[e] siècle, même au cours des récentes décennies.
- En 2000, l'espérance de vie était de 82,0 ans chez les femmes et de 76,7 ans chez les hommes.
- Même si les femmes vivent en général plus longtemps que les hommes, l'écart entre les sexes se rétrécit : il est passé de 6,3 ans en 1990 à 5,3 ans en 2000.
- Le défi est de s'assurer que l'augmentation de l'espérance de vie va de pair avec une bonne santé.

Autoévaluation positive de l'état de santé, selon le sexe, de 1994-1995 à 2000-2001

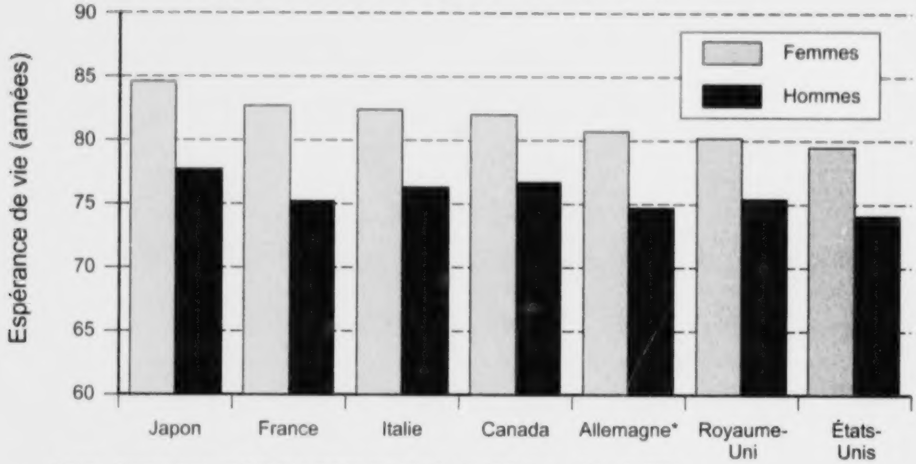


Sources : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995 – 1998-1999; Enquête sur la santé dans les collectivités, 2000-2001

En 2000-2001, environ 88 % des Canadiens considéraient qu'ils étaient en bonne, très bonne ou excellente santé. Cependant, le nombre de Canadiens qui estimaient que leur santé était moyenne ou mauvaise a légèrement augmenté entre 1994-1995 et 2000-2001.

Un système de soins de santé solide et durable

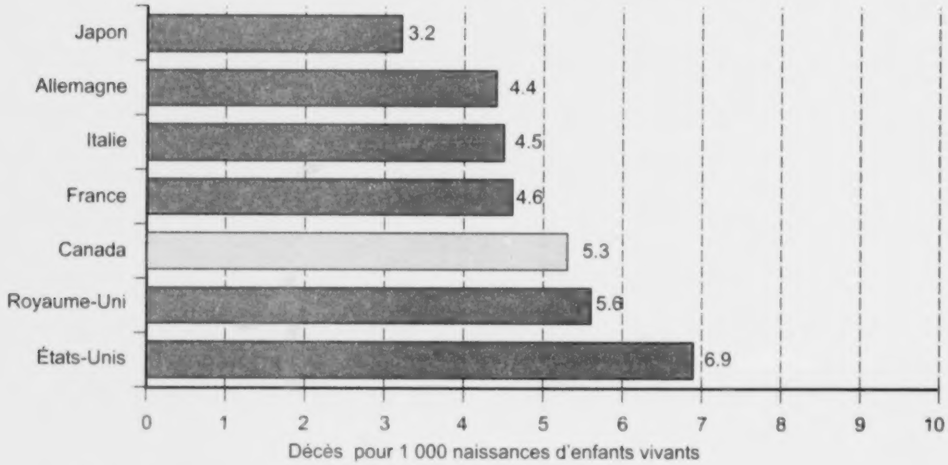
Espérance de vie à la naissance, selon le sexe, comparaisons internationales, 2000



Source : Données sur la santé 2003 de l'OCDE (*les données pour l'Allemagne datent de 1999)

L'espérance de vie de la population canadienne est comparable à celle des autres pays du G7. Le Canada se classe quatrième pour les femmes et deuxième pour les hommes. Dans les pays du G7, l'espérance de vie des hommes et des femmes est la moins élevée aux États-Unis (74.1 pour les hommes et 79.5 pour les femmes) et la plus élevée au Japon (77.7 pour les hommes et 84.6 pour les femmes).

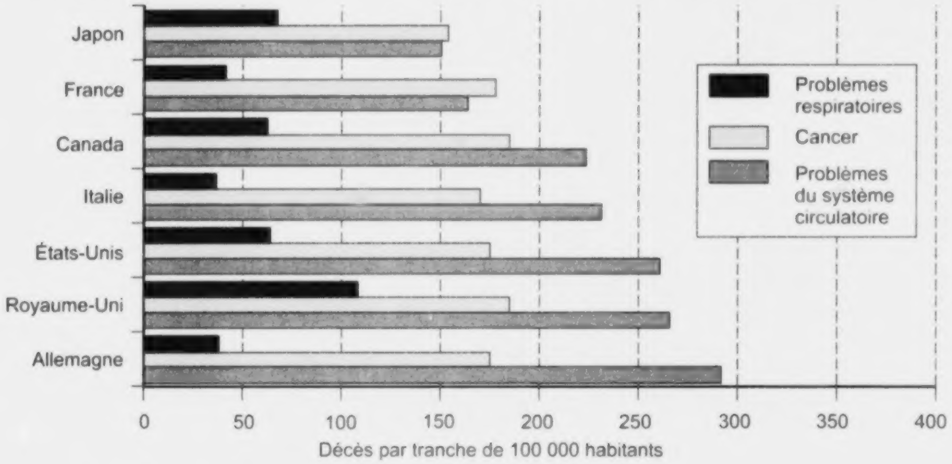
Taux de mortalité infantile, comparaisons internationales, 2000



Source . Données sur la santé de l'OCDE 2003

Le taux de mortalité infantile au Canada, qui est de 5,3 décès pour 1 000 naissances d'enfants vivants, ressemble à celui des autres pays du G7. Le Japon affiche le taux de mortalité infantile le plus faible des pays du G7 en 2000 : 3,2 décès pour 1 000 naissances d'enfants vivants.

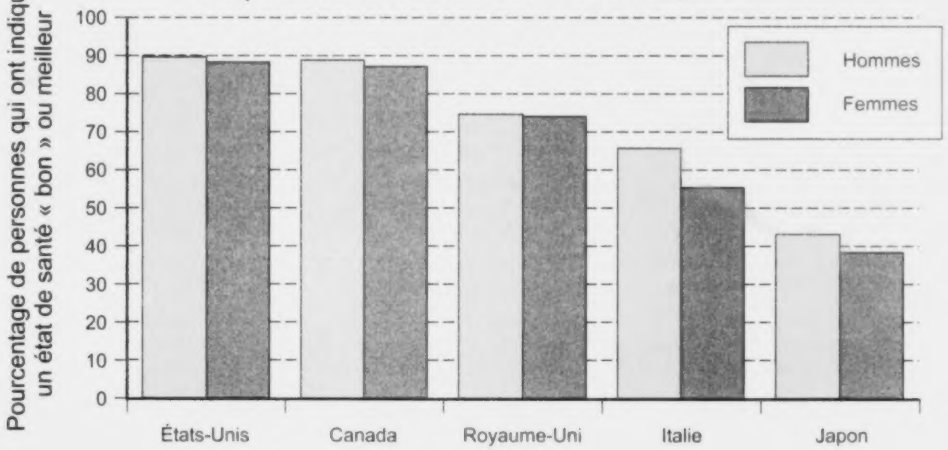
Taux de mortalité normalisé selon l'âge attribuable à des causes sélectionnées, comparaisons internationales, 2000



Source : Données sur la santé de l'OCDE 2002

Les taux de mortalité normalisés selon l'âge attribuables au cancer et aux maladies des systèmes respiratoire et circulatoire au Canada sont comparables à ceux des autres pays du G7. Si on examine les données pour l'ensemble de ces pays, on remarque que les écarts entre les décès attribuables aux maladies circulatoires sont plus marqués que les différences entre les décès attribuables au cancer ou aux maladies respiratoires.

Autoévaluation de l'état de santé, comparaisons internationales, 2001

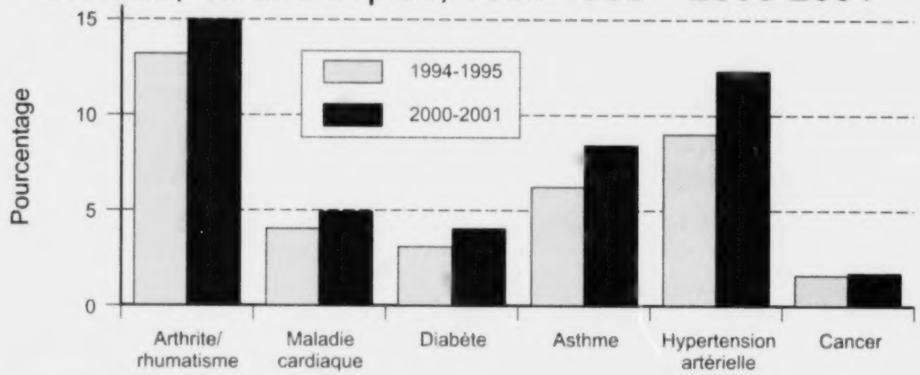


Source : Données sur la santé de l'OCDE 2003 (données inaccessibles pour l'Allemagne et la France)

L'état de santé évalué par les Canadiens est pratiquement le même que celui des Américains. Les deux pays affichent des taux de bonne santé considérablement plus élevés que les autres pays du G7.

Une population en meilleure santé grâce à la promotion de la santé et à la prévention des maladies

Prévalence normalisée selon l'âge des affections chroniques autodéclarées, Canada, 15 ans et plus, 1994-1995 – 2000-2001

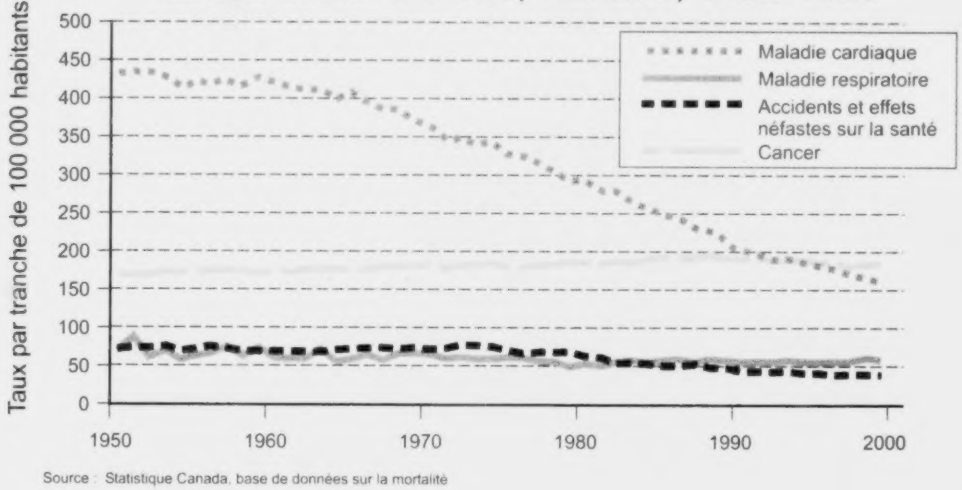


Sources : Enquête nationale sur la santé de la population 1994-1995, Enquête sur la santé dans les collectivités 2000-2001

Le nombre de Canadiens qui affirment souffrir d'une affection chronique diagnostiquée par un professionnel de la santé a augmenté dans toutes les principales catégories de problèmes de santé chronique depuis 1994-1995. Santé Canada réalise actuellement plusieurs activités de prévention de la maladie – on pense notamment à la Stratégie canadienne du diabète.

Nota : Le répondant devait préciser s'il souffrait ou avait souffert pendant six mois d'une affection diagnostiquée par un professionnel de la santé. Les données ont été normalisées en fonction de la population canadienne de 1991.

Taux de mortalité normalisé selon l'âge, causes sélectionnées, Canada, 1950-1999

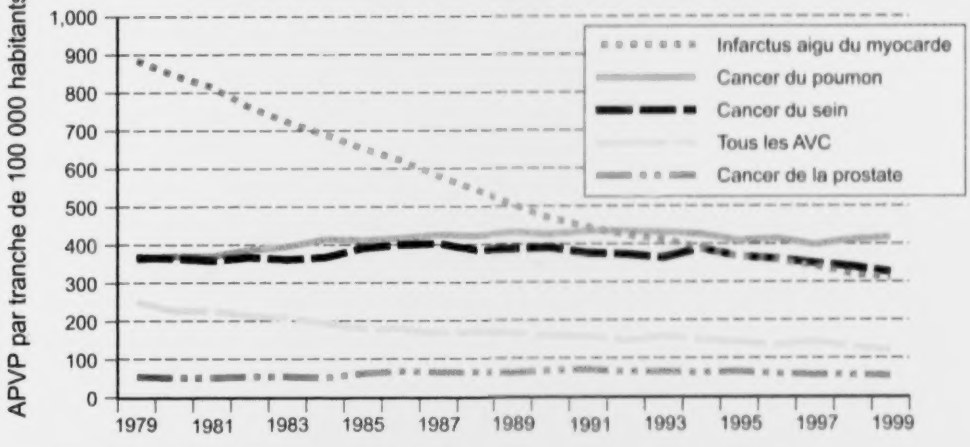


Source : Statistique Canada, base de données sur la mortalité

Les décès normalisés selon l'âge attribuables aux maladies cardiaques ont chuté considérablement au cours des cinquante dernières années. Le taux de mortalité attribuable au cancer a légèrement augmenté, tandis que le taux de mortalité attribuable aux accidents et aux effets néfastes a légèrement chuté. La mortalité attribuable aux maladies respiratoires est demeurée relativement stable.

Nota : Les données ont été normalisées en fonction de la population canadienne de 1991.

Années potentielles de vie perdues, causes de décès sélectionnées, Canada, 1979-1999

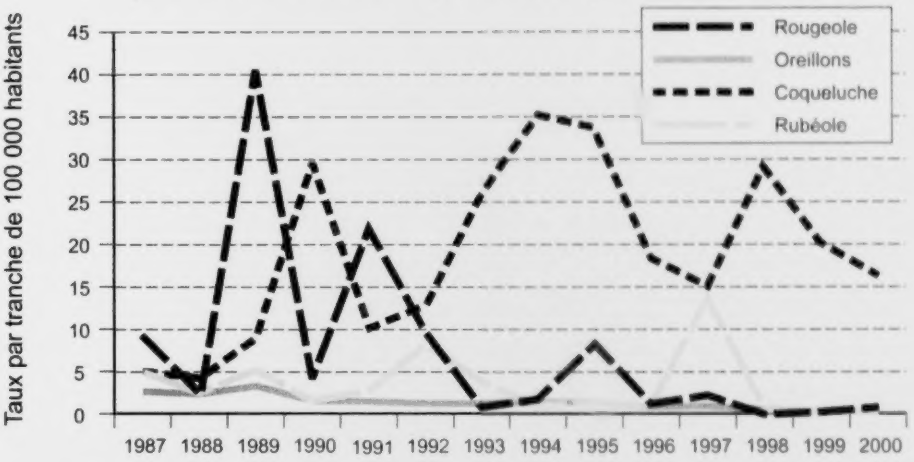


Source : Indicateurs de la santé de Statistique Canada 2002

Les années potentielles de vie perdues (APVP) peuvent témoigner de certains changements sur le plan de l'espérance de vie et de l'état de santé. Le nombre d'APVP attribuables à un infarctus aigu du myocarde (crise cardiaque) a diminué de façon constante au cours des deux dernières décennies. Le cancer du poumon est devenu la première cause des années potentielles de vie perdues chez les Canadiens, tandis que le cancer du sein chez les femmes est la deuxième cause. Ces données confirment le caractère essentiel du travail de l'Alliance canadienne pour la surveillance du cancer de Santé Canada en matière de prévention et de traitement du cancer.

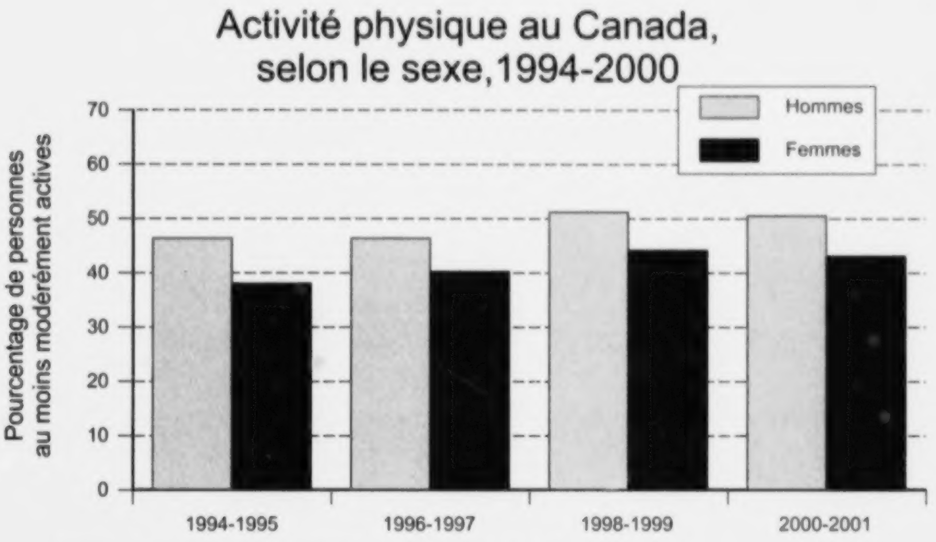
Nota : Les années potentielles de vie perdues constituent le nombre d'années « perdues » lorsqu'une personne meurt « prématurément », quelle que soit la cause du décès, avant l'âge de 75 ans. Les données sur le cancer du sein concernent seulement les femmes, tandis que les données sur le cancer de la prostate concernent exclusivement les hommes.

Incidence de maladies sélectionnées évitables par la vaccination, Canada, 1987-2000



Source : Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada

L'incidence de la rougeole, de la coqueluche, des oreillons et de la rubéole a diminué depuis 1987 même si on remarque des variations assez marquées selon les années. Par contre, l'incidence de la coqueluche a augmenté au cours de cette période. Santé Canada surveille de près les maladies infectieuses afin de contrôler les progrès accomplis au regard de l'objectif consistant à réduire l'incidence de ces maladies.



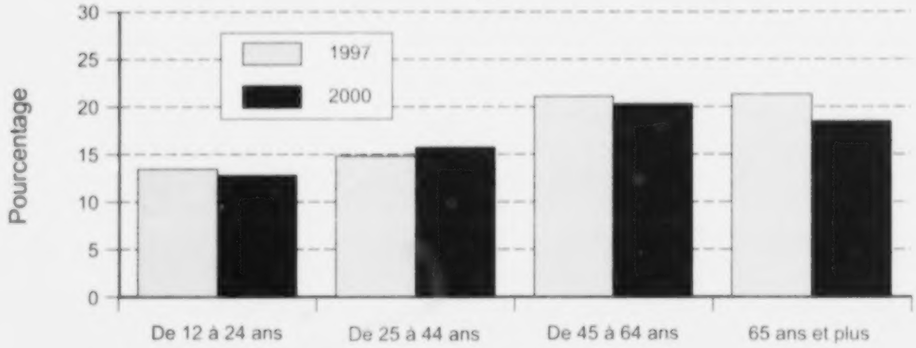
Sources : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995 – 1998-1999; Enquête sur la santé dans les collectivités, 2000-2001

Le nombre de Canadiens qui sont au moins modérément actifs a augmenté chez les hommes et les femmes de 1994-1995 à 2000-2001. En continuant de mettre l'accent sur la bonne forme physique et la vie active, Santé Canada soutient cette tendance de plus en plus marquée. Le fait de pratiquer régulièrement une activité physique contribue largement à maintenir une bonne santé et à réduire le risque de maladie chronique, d'incapacité et de décès prématuré.

Source : Enquête nationale longitudinale sur les enfants et les jeunes, 1994-1995 – 2000-2001

La prévalence de l'asthme chez les enfants canadiens augmente de façon constante depuis 1994-1995. Les enfants asthmatiques sont plus sensibles à l'appauvrissement de la qualité de l'air. Par le truchement du Programme des maladies respiratoires chroniques, Santé Canada œuvre dans les secteurs de la surveillance, de la recherche et de l'élaboration de politiques pour réduire la prévalence de l'asthme.

Prévalence du bénévolat pour une organisation de santé selon l'âge, 1997 et 2000

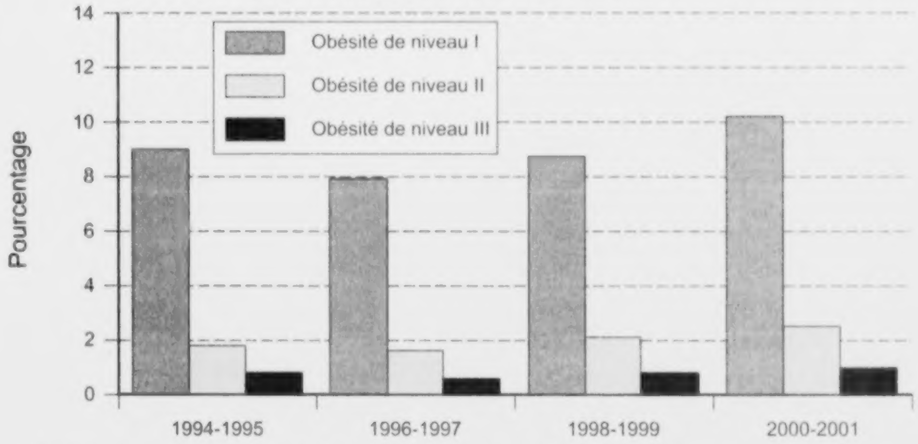


Source : Enquête nationale sur le don, le bénévolat et la participation, 1997 et 2000

Le nombre officiel de bénévoles qui œuvrent pour une organisation de santé a légèrement diminué entre 1997 et 2000. Les personnes plus âgées ont davantage tendance à faire du bénévolat pour des organisations de santé. Les organismes bénévoles fournissent un large éventail de services de soutien et de prévention, financent et dirigent des recherches sur la santé et offrent des programmes et des services à la population canadienne. On a établi que le bénévolat était lié à une satisfaction accrue à l'égard de la vie et à des taux de mortalité plus faibles surtout chez les adultes d'un certain âge.

Produits de santé et aliments sûrs

Prévalence de l'obésité au Canada, 1994-1995 – 2000-2001

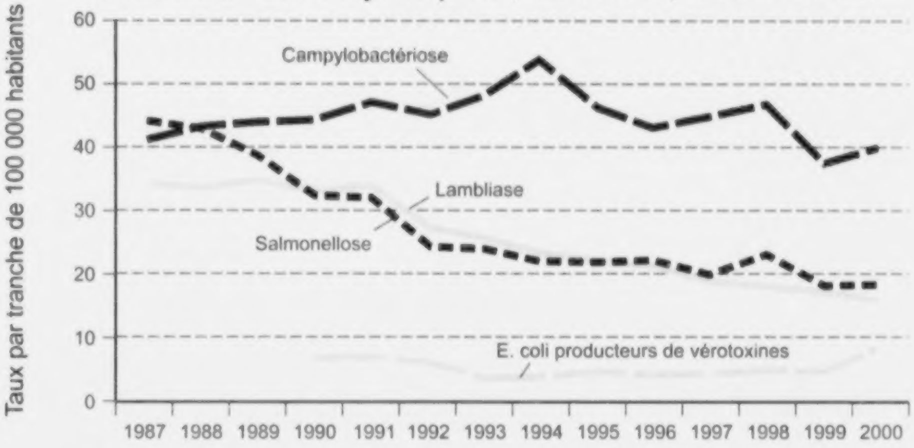


Sources : Enquête nationale sur la santé de la population, fichiers à grande diffusion sur la santé, 1994-1995 – 1998-1999; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, fichier à grande diffusion, 2000-2001

Depuis 1994-1995, la prévalence de tous les niveaux d'obésité augmente. Santé Canada tente de combattre l'obésité au pays en faisant la promotion d'une alimentation saine – par des outils comme le *Guide alimentaire canadien* – et de l'activité physique – notamment par le programme Vitalité.

Nota : Les données qui figurent ci-dessus ont été établies en fonction des nouvelles lignes directrices de Santé Canada sur l'obésité – c'est-à-dire à partir de l'indice de masse corporelle (IMC), qu'on obtient en divisant le poids (en kilogrammes) par le carré de la taille (en mètres). L'obésité de niveau I désigne les personnes dont l'indice de masse corporelle (IMC) se situe entre 30 et 34,9. L'obésité de niveau II désigne les personnes dont l'IMC se situe entre 35 et 39,9. L'obésité de niveau III désigne les personnes dont l'IMC est de 40 et plus.

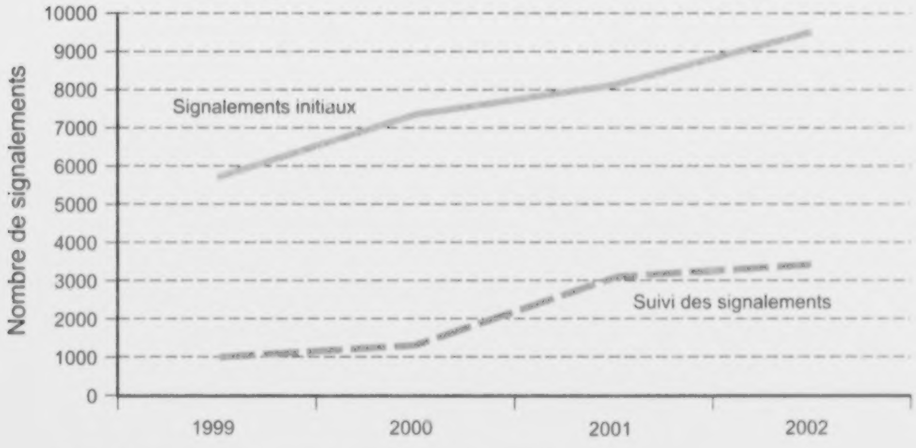
Incidence des intoxications alimentaires et des maladies hydriques, Canada, 1987-2000



Source : Direction générale de la Santé de la population et de la santé publique, Santé Canada

L'incidence signalée de la campylobactériose, de la lambliase et de la salmonellose, toutes des maladies transmises par des aliments ou par l'eau, a diminué depuis 1987. On remarque une augmentation des cas de *E. coli* au cours de cette période, probablement à cause de la tragédie de Walkerton en Ontario en 2000. Santé Canada a procédé à des évaluations et à des consultations auprès des consommateurs dans le but de mettre en place des pratiques qui permettraient de réduire encore davantage l'incidence des intoxications alimentaires et des maladies hydriques.

Effets indésirables des médicaments – cas signalés – Canada, 1999-2002

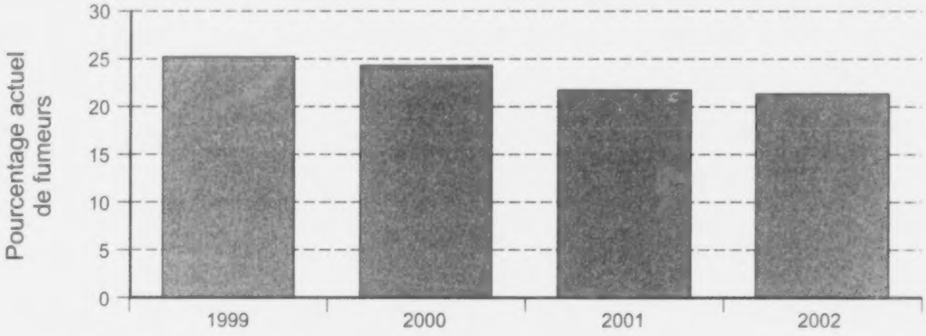


Source : Direction générale des produits de santé et des aliments, 1999-2002

Le nombre de cas signalés d'effets indésirables des médicaments augmente de façon constante au Canada depuis 1999. Cette situation est peut-être attribuable à la sensibilisation accrue des consommateurs et des professionnels de la santé aux effets indésirables. Santé Canada tente d'améliorer les mécanismes de surveillance après vente et d'évaluation qui concernent tous les produits de santé.

Environnements plus sains et produits plus sûrs pour la population canadienne

Prévalence du tabagisme au Canada, 1999-2002

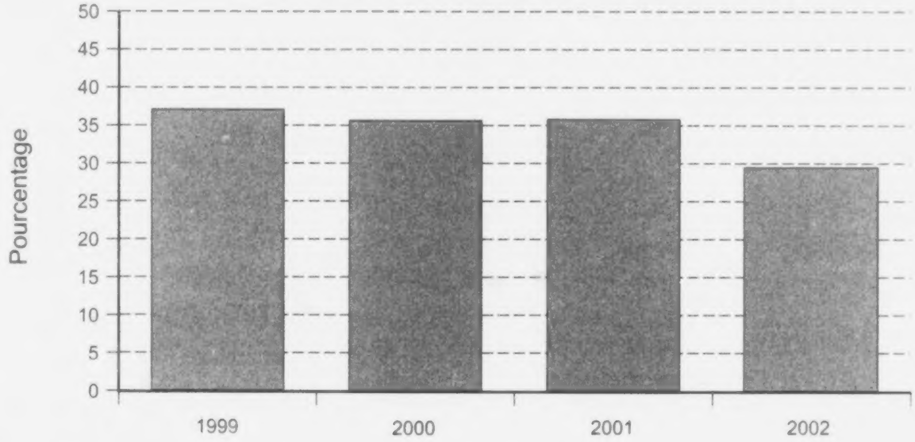


Source : Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada, 1999-2002

Le pourcentage de fumeurs au Canada a chuté au cours des quatre dernières années : il est passé de 25 % en 1999 à 21,5 % en 2002. Santé Canada s'est engagé à réduire la prévalence du tabagisme chez les Canadiens au moment du lancement, en 2001, de la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme.

Nota : Un « fumeur actuel » est quelqu'un qui se décrit comme un fumeur « quotidien » ou « occasionnel ».

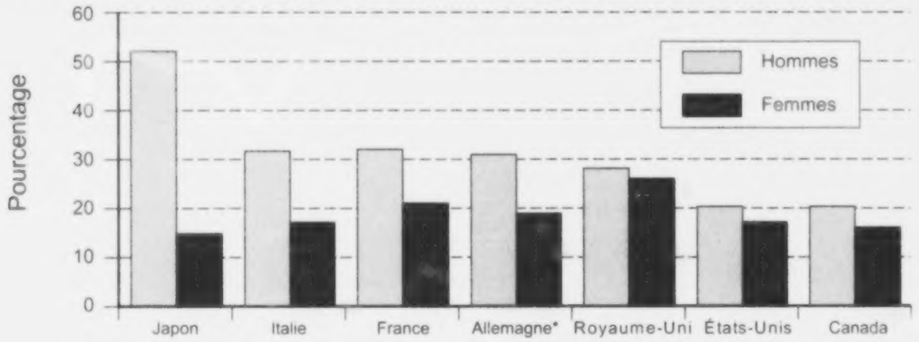
Prévalence de la fumée secondaire dans les ménages canadiens, 1999-2002



Source : Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada, 1999-2002

Depuis 1999, le pourcentage de ménages canadiens comptant un fumeur a diminué. En 2002-2003, Santé Canada a lancé une campagne sur la fumée secondaire pour sensibiliser la population aux dangers présentés par la fumée de cigarette ambiante.

Prévalence de l'usage quotidien de la cigarette chez les personnes de 15 ans et plus, comparaisons internationales 2001

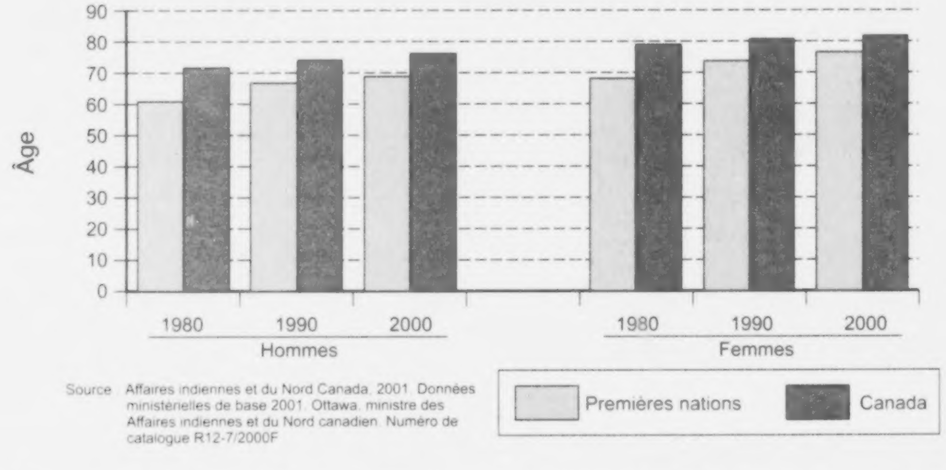


Source : Données sur la santé de l'OCDE 2003 (*les données concernent l'Allemagne datent de 1999)

Le taux de tabagisme au Canada pour les deux sexes est parmi les plus bas des pays du G7. Le Canada a ratifié en 2003 la Convention-cadre pour la lutte antitabac (CCLAT) de l'Organisation mondiale de la santé – le premier traité mondial de santé publique. La ratification de la CCLAT mènera à l'adoption de mesures collectives visant à combattre le commerce illicite, à protéger la population de l'exposition à la fumée du tabac et à favoriser la coopération dans les domaines de la recherche, de la surveillance et de l'échange d'information.

Premières nations et Inuits en meilleure santé grâce à la prestation, faite en collaboration, de services de promotion de la santé, de prévention des maladies et de services de soins de santé

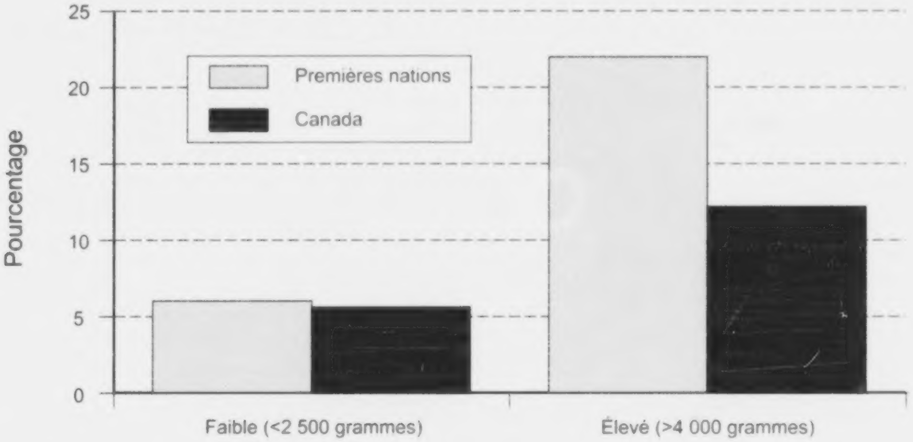
Espérance de vie à la naissance, Premières nations et Canada, 1980-2000



Source : Affaires indiennes et du Nord Canada. 2001. Données ministérielles de base 2001. Ottawa, ministre des Affaires indiennes et du Nord canadien. Numéro de catalogue R12-7/2000F

L'espérance de vie de la population des Premières nations augmente de façon constante depuis les deux dernières décennies. Ainsi, l'écart entre les populations autochtones et l'ensemble de la population canadienne s'est résorbé de presque la moitié au cours de cette période. Santé Canada continue de s'efforcer de remédier aux iniquités sur le plan de la santé chez les collectivités autochtones et inuites en offrant un accès aux programmes et aux services de santé et en concentrant ses efforts sur la prévention de la maladie et la promotion de la santé.

Poids faibles et poids élevés à la naissance exprimés en pourcentage du taux brut de natalité, Premières nations et Canada

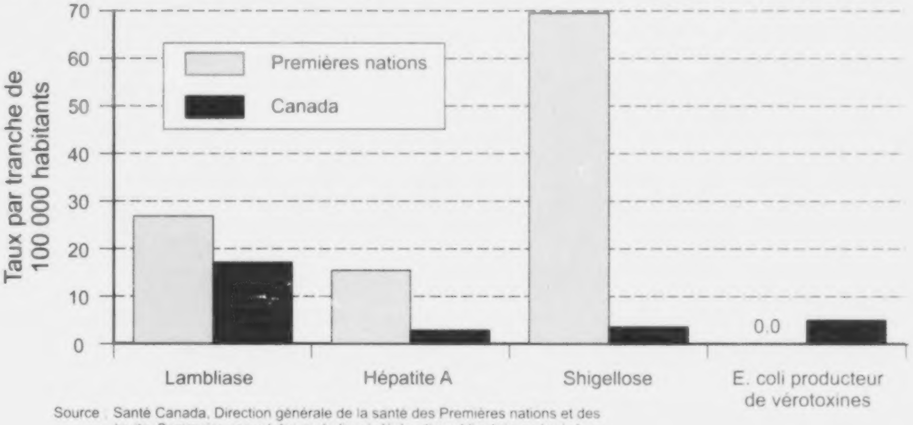


Sources : Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. Rapport sur la santé périnatale au Canada 2000. Ottawa, ministre des Travaux publics et des services gouvernementaux du Canada, 2000.

Le pourcentage de poids élevé est nettement plus élevé chez les Premières nations, tandis que le pourcentage de faible poids à la naissance est relativement le même chez les Premières nations que dans le reste de la population canadienne. La situation est toutefois préoccupante. On tente de remédier aux écarts par la mise en œuvre des plans d'action du Programme canadien de nutrition prénatale dans les collectivités des Premières nations.

Nota : Les données qui concernent les Premières nations datent de 1999 tandis que les données qui concernent l'ensemble du Canada ont été établies pour la période allant de 1992 à 1996.

Taux d'incidence des maladies entériques, des toxi-infections alimentaires et des maladies hydriques, Premières nations[1] et Canada, 1999

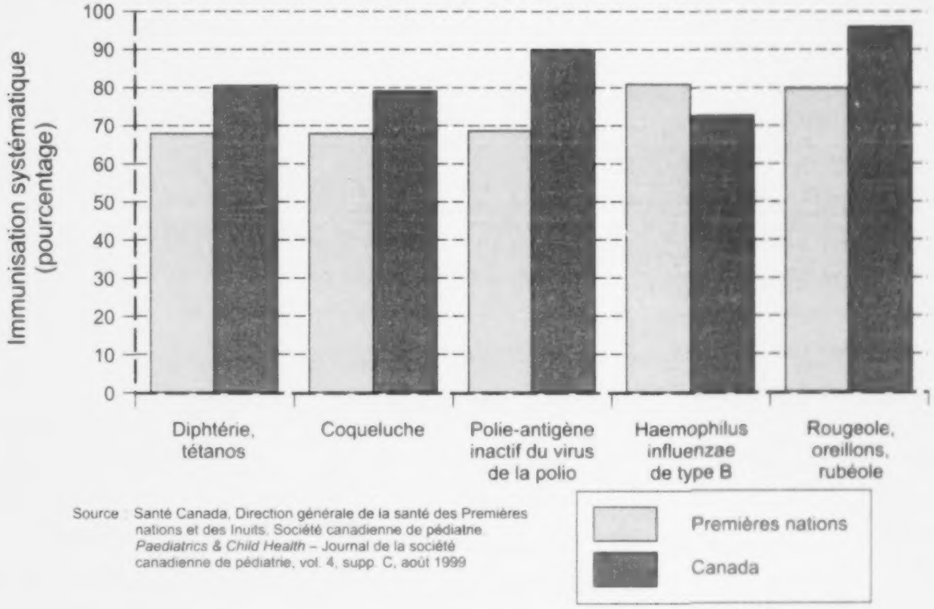


Source : Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. Sommaire annuel des maladies à déclaration obligatoire, relevé des maladies transmissibles au Canada, vol. 27S6

L'incidence de la lambliase, de l'hépatite A et de la shigellose – toutes des maladies qui peuvent être contractées en raison de l'ingestion d'aliments ou d'eau contaminée – est beaucoup plus élevée chez les Premières nations que dans le reste du Canada. Cette situation témoigne des problèmes liés à la quantité et à la qualité de l'eau accessible dans la plupart des collectivités autochtones et inuites isolées, dans la mesure où le manque d'eau contribue à l'appauvrissement de l'hygiène. Cette tendance illustre l'importance de l'élaboration de protocoles nationaux sur l'eau potable et de programmes de salubrité alimentaire dans les collectivités des Premières nations.

[1] Au total, sur 144 collectivités en Ontario, 47 n'ont pas pu fournir de données sur les maladies à déclaration obligatoire, tandis qu'au Québec, sur 41 collectivités, 29 n'ont pas été en mesure de fournir ces données. Les données concernant l'ensemble de la population canadienne proviennent de Santé Canada, 2001.

Comparaison des taux de pourcentage d'immunisation systématique chez les enfants de deux ans des Premières nations, dans les réserves (1999) et dans l'ensemble de la population canadienne (1998)

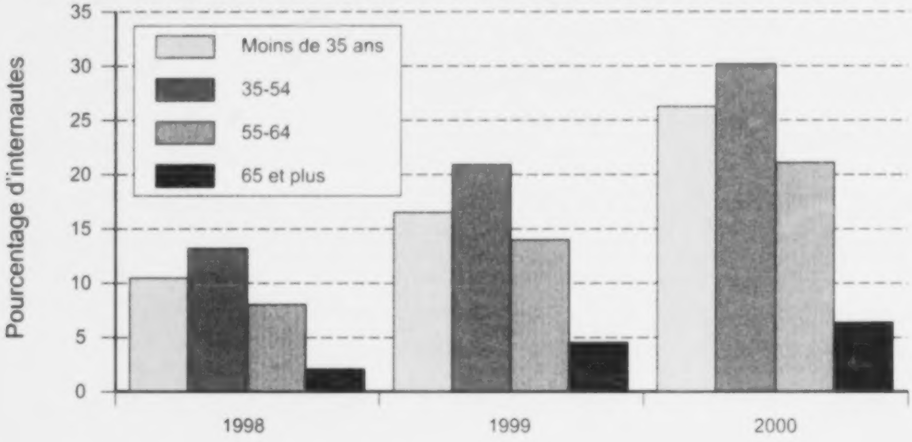


Source : Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. Société canadienne de pédiatrie *Paediatrics & Child Health* – Journal de la société canadienne de pédiatrie, vol. 4, supp. C, août 1999

Même si l'immunisation systématique est légèrement moins fréquente chez les enfants des Premières nations si on compare au reste du Canada, il n'en demeure pas moins qu'une grande majorité des enfants autochtones sont immunisés contre les maladies décrites ci-dessus. Santé Canada tente de rétrécir l'écart par des programmes d'immunisation dans les collectivités autochtones et inuites.

Ensemble de données probantes amélioré et utilisation accrue des technologies de l'information et des communications pour appuyer la prise de décisions en santé

Utilisation d'Internet à domicile pour obtenir des informations sur la santé, selon l'âge, 1998-2000



Source : Enquête sur l'utilisation d'Internet par les ménages, 1998-2000

La fréquentation d'Internet par les Canadiens pour chercher des informations sur la santé augmente en flèche à mesure que de nouveaux services, comme la télésanté, deviennent accessibles en direct. Santé Canada investit présentement dans le Réseau canadien de la santé pour accroître l'accès à des renseignements à jour sur la promotion de la santé et la prévention de la maladie.

Visites de sites Web pour obtenir des informations sur la santé, 2002-2003

Site Web d'information sur la santé	Nombre de visites
Santé Canada**	20 millions
Sites du Réseau canadien de la santé**	11,6 millions
Institut canadien d'information sur la santé**	10 millions
Portail canadien sur la santé	2,3 millions*
Statistique Canada – Indicateurs de santé	1 million
Statistique Canada – Tableaux sur la santé	0,4 million

Sources : Bureau de la santé et l'inforoute, Santé Canada, Institut canadien d'information sur la santé, Statistique Canada

Il y a eu beaucoup de circulation sur les sites Web concernant la santé au cours de la dernière année, ce qui indique que la demande est élevée au sein de la population canadienne. Santé Canada respecte son engagement visant à améliorer, de concert avec ses partenaires – dont Statistique Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé – la qualité des données et de l'information sur la santé accessibles au Canada.

* Les données ont été recueillies sur une période de neuf mois, c'est-à-dire de juillet 2002 à mars 2003.

** Les données concernent les visualisations de pages.

Section VIII :

Sommaire exécutif : Réaction au dixième rapport du Comité permanent des comptes publics sur le Rapport du vérificateur général, octobre 2000

Santé des Premières nations – suivi

Introduction

À la suite du Rapport du vérificateur général de 2000, le Comité des comptes publics (CCP) a formulé, en décembre 2001, des recommandations qui exigent que Santé Canada apporte des améliorations à ses activités de gestion et de responsabilisation, et qu'il produise des rapports à ce sujet. Santé Canada reconnaît, comme le précisent le Comité permanent et le vérificateur général (BVG), que les programmes de soins de santé destinés aux membres des Premières nations et aux Inuits doivent être gérés adéquatement et doivent être justifiés.

On a franchi plusieurs étapes clés en 2002-2003 : élaboration de nouveaux cadres redditionnels pour les programmes en vigueur, rédaction d'une politique et d'un manuel portant sur les interventions afin d'aider les collectivités à gérer des situations exceptionnelles ou problématiques, mise en œuvre et surveillance de contrats types détaillés, mise en application d'un système unique de gestion des contrats et des contributions qui favorisent la reddition de comptes, élaboration d'une stratégie sur les capacités et d'un plan d'action visant à accroître les moyens d'action des Premières nations en fait de renforcement des capacités ainsi que la rédaction d'un plan pluriannuel pour appuyer une meilleure coordination des activités d'évaluation.

Recommandations et mesures de suivi

Information communiquée au Parlement concernant l'avancement

La principale recommandation à ce sujet est la suivante : Santé Canada doit informer le Parlement des progrès réalisés concernant la mise en œuvre des recommandations formulées dans le chapitre 13 du Rapport de 1997 et dans le chapitre 15 du Rapport de 2000 du vérificateur général du Canada,

ainsi que dans le cinquième rapport du Comité (36e législature, première session). L'information doit concerner en particulier les progrès réalisés concernant la mise en œuvre de chacune des recommandations. Elle doit être fournie chaque année dans les rapports sur le rendement de Santé Canada, à partir du rapport couvrant la période qui prend fin le 31 mars 2002.

Principales mesures prises

Afin de donner suite à cette recommandation ainsi qu'aux recommandations 5, 9, 11, 16, 19, 23 et 24, Santé Canada a établi un lien vers le Rapport sur le rendement ministériel de 2002-2003, lien qui permettra d'accéder aux rapports jusqu'en 2005. On réévaluera les exigences à long terme en matière d'établissement de rapports, de concert avec la vérificatrice générale après la prochaine vérification des programmes de santé des Premières nations et des Inuits.

Responsabilisation en ce qui concerne les Programmes de santé communautaire.

Le Ministère met de plus en plus l'accent sur l'importance d'offrir aux membres des Premières nations et aux Inuits des services et des programmes durables et sur lesquels on peut rendre des comptes. Nous prenons actuellement des mesures afin de mieux gérer, à l'interne comme à l'externe, la prestation du meilleur service possible aux Premières nations et aux collectivités inuites.

Principales mesures prises

Pour donner suite aux recommandations concernant la reddition de comptes, Santé Canada a mis en œuvre plusieurs mesures. On a notamment élaboré et mis en place le Système de gestion des contrats et contributions (SGCC), dispositif de surveillance axé sur les risques qui sert à contrôler les documents liés à la responsabilisation.

On a rédigé la version préliminaire d'un manuel détaillé sur la production de rapports concernant les programmes. Le document fournit des lignes directrices en matière de finances et de vérification.

- La version préliminaire sera révisée par les membres du personnel régional, et on rédigera le document final en tenant compte des commentaires et suggestions.
- Afin de rationaliser et de simplifier les exigences redditionnelles relatives aux collectivités autochtones et inuites, on a entrepris d'effectuer un examen de ces exigences en ce qui a trait aux ententes de financement. Une fois l'examen terminé, on pourra modifier en conséquence les lignes directrices des programmes en matière de reddition de comptes.
- On a effectué un examen d'assurance de la qualité portant sur les pratiques de reddition de comptes.

Une politique d'intervention a été élaborée pour les situations problèmes qui peuvent survenir dans le cadre d'accords de financement en matière de santé. Un guide facilitant la mise en œuvre de la politique a été approuvé et distribué.

- On prévoit exécuter d'ici l'automne 2003 les volets communications et formation de la politique d'intervention.
- On procédera à un examen de la politique d'intervention en avril 2005.

Soutien du renforcement des capacités

Tout comme le Comité des comptes publics, Santé Canada croit que le renforcement des capacités constitue une priorité. On reconnaît qu'une approche participative permet de mieux renforcer les capacités des collectivités. La politique de transfert (1988) et l'Approche des services intégrés de santé communautaire (1999) permettent à Santé Canada de conclure des accords qui touchent les Premières nations et les Inuits et qui autorisent différents niveaux de prise en charge, que ce soit des accords de contribution intégrés et généraux, ou des accords de contribution concernant le transfert.

Principales mesures prises

Le Ministère a créé des sites pilotes de démonstration des plans de santé qui amélioreront notre capacité de gérer les services et les programmes de santé, notre capacité de reconnaître les besoins et les ressources en matière de santé communautaire, la coordination de notre gestion, l'intégration des programmes et des services de santé, l'amélioration des processus de répartition des ressources humaines et financières, ainsi que l'amélioration de la production de rapports et l'information concernant la gestion des programmes et des services.

Huit projets pilotes sont en cours. Dans trois des collectivités où on a mis en œuvre ces projets, la première phase de neuf mois est terminée – elle sert à jeter les bases qui permettront d'établir la structure de la gestion et de procéder à l'évaluation des besoins sur le plan de la santé. Ces collectivités sont passées à la deuxième phase, qui doit durer six mois et qui vise essentiellement l'établissement d'objectifs qui nous permettront de répondre aux besoins de la collectivité en matière de santé et de choisir les programmes qui répondront le mieux à ces besoins. Deux autres collectivités seront bientôt prêtes à entreprendre la phase deux.

En outre, on a élaboré un plan d'action stratégique sur les capacités qui décrit les activités en cours pour renforcer les capacités des collectivités autochtones et inuites. Le document décrit les forces et les lacunes sur le plan des capacités en ce qui a trait à la gestion et à l'administration des ententes de financement entre Santé Canada et les collectivités autochtones et inuites. L'évaluation comprend également une analyse des capacités relatives à la reddition de comptes, à la collecte de données, à l'interprétation et à l'analyse en matière de gestion des ententes. On a en outre préparé une version préliminaire de l'examen des capacités, qui fait présentement l'objet d'une analyse.

Mesure du rendement, réalisation des résultats et gestion de l'information

Santé Canada s'engage à gérer ses programmes de façon efficace en prenant des décisions importantes à l'aide de données pertinentes. La collecte de renseignements adéquats sur le rendement constitue donc une priorité pour le Ministère.

Principales mesures prises

Santé Canada a travaillé de concert avec Statistique Canada et l'Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA) pour la réalisation de l'Étude longitudinale régionale sur les Premières nations et les Inuits. Le Ministère a contribué à l'élaboration de l'entente qui régira la diffusion des données

sur la santé des populations qui vivent dans les réserves. À la fin de l'exercice 2002-2003, on avait recueilli 50 % des données voulues sur la santé.

Afin de soutenir un processus décisionnel fondé sur des résultats probants, Santé Canada a produit des évaluations portant sur le Programme canadien de nutrition prénatale et le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones des réserves. Les rapports finaux seront en principe publiés en mars 2004. On a renforcé la fonction d'évaluation en élaborant une politique sur l'évaluation ainsi qu'un plan d'évaluation pluriannuel visant à améliorer les mécanismes de planification et le processus décisionnel qui concernent les programmes. La Stratégie canadienne sur le VIH/sida pour les Autochtones des réserves prendra fin en août 2003.

Mesures de prévention et de contrôle des services de santé non assurés (SSNA)

Le Comité des comptes publics a recommandé que Santé Canada améliore la qualité de la gestion de ses services offerts aux Premières nations et aux Inuits. Des mesures ont été prises pour améliorer la gestion des SSNA.

Principales mesures prises

Le CCP a recommandé que Santé Canada mette immédiatement à niveau son système de points de vente pour les pharmacies dans le cadre du Programme des services de santé non assurés, afin qu'on puisse prendre connaissance, grâce à ce système, des trois derniers médicaments prescrits à un client, des quantités prescrites et des dates auxquelles les ordonnances ont été exécutées ainsi que des renseignements sur les médecins consultés. De concert avec des partenaires, Santé Canada a optimisé le système des points de vente, c'est-à-dire la Norme de communication électronique pharmaceutique (NCEP), et les fournisseurs ont pu utiliser la plus récente version du système. Le système amélioré de normes simplifie l'administration des demandes, facilite la coordination efficiente des services, améliore l'accès aux antécédents médicaux du patient (y compris aux données de l'examen sur l'utilisation des médicaments), et permet des communications interactives avec d'autres professionnels de la santé.

Santé Canada continuera d'analyser régulièrement le pouvoir des pharmaciens de déroger aux avertissements, d'évaluer les fournisseurs et de produire des rapports trimestriels sur le nombre de demandes d'Examen de l'utilisation des médicaments (EUM) présentées, acceptées et rejetées. De 1999 à la fin de 2002-2003, on a procédé à 600 vérifications des fournitures et de l'équipement médical des pharmacies, des services de soins dentaires et du réseau de la santé. Lorsque les données seront prêtes, on produira un rapport sur les dérogations des pharmaciens.

Le CCP/BVG a recommandé que Santé Canada cherche à obtenir l'autorisation de transmettre à des professionnels de la santé des informations sur l'utilisation des produits pharmaceutiques par les clients. En septembre 2002, Le programme des SSNA a lancé l'initiative sur le consentement et a participé à des activités communautaires de communications et de sensibilisation à l'échelle nationale, régionale ou locale. On a préparé une stratégie détaillée de commu-

nications ainsi que des outils qui décrivent l'objectif du consentement, les options dont disposent les personnes qui doivent donner leur consentement, ainsi que la façon dont l'information sera utilisée, recueillie et divulguée. On s'attend à ce que le consentement soit exigé dès l'automne 2003. Si le bénéficiaire ne signe pas le formulaire de consentement, il devra payer pour le service et pourra remplir un formulaire de remboursement et consentir ou non à la prestation d'un service précis en précisant sa réponse sur le formulaire en question. Les activités reliées à l'EUM commenceront en septembre 2003. On produira un rapport sur les activités reliées à l'EUM qui débutera par l'annexe électronique C du rapport ministériel sur le rendement de 2003-2004.

Le Ministère s'est engagé à mettre en œuvre des mesures qui auront une portée davantage positive sur notre gestion des programmes et services visant les Premières nations et les Inuits. Nous continuerons de produire des rapports sur les mesures prises par le Comité sur les comptes publics et le vérificateur général à la suite des recommandations incluses dans le rapport annuel sur le rendement du Ministère. Les mesures de suivi prises en réaction aux recommandations du CCP sont détaillées à l'annexe électronique C du RMR : http://www.hc-sc.gc.ca/francais/soins/depenses/index.htm.

Postes à pourvoir au sein des programmes de réglementation et de surveillance

Introduction

Le Comité des comptes publics (CCP) a présenté, à la suite du rapport de 2000 du vérificateur général, des recommandations selon lesquelles Santé Canada doit pourvoir les postes vacants au sein de ses programmes de réglementation et de surveillance des produits biologiques connexes, et produire des rapports sur les progrès de ces initiatives.

La recommandation 26.41 stipule que « Santé Canada devrait prendre des mesures pour s'assurer que les postes autorisés sont dotés ». Cette recommandation suppose que du financement est offert pour renforcer l'aspect réglementaire du Programme de la sûreté du sang de Santé Canada et est liée aux recommandations suivantes, formulées par le Comité des comptes publics dans son dix-septième rapport :

Recommandation 11

Santé Canada doit prendre toutes les mesures nécessaires pour pourvoir les postes vacants au sein de ses programmes de réglementation et de surveillance des produits biologiques connexes, et faire le point sur l'avancement de ces initiatives dans son rapport annuel sur le rendement au Parlement qui couvre la période se terminant le 31 mars 2003.

Recommandation 12

Santé Canada doit fournir, à la fin de chaque année dans son rapport annuel sur le rendement, une section qui précise le nombre de postes techniques et scientifiques vacants au sein des programmes de réglementation et de surveillance, ainsi que le moment depuis lequel le poste est vacant.

Mesures et situation actuelle

Au cours des trois dernières années, on a procédé à de nombreuses modifications organisationnelles dans le but de renforcer la réglementation et la surveillance des produits biologiques au sein de la Direction générale des produits de santé et des aliments (DGPSA).

Ces changements organisationnels ont entraîné la création de directions (la Direction des produits biologiques et des thérapies génétiques (DPBTG), la Direction des produits de santé commercialisés (DPSC) et l'Inspectorat) qui ont, au cours de la dernière année, concentré leurs efforts sur leur réorganisation, leur croissance et la dotation des postes vacants au sein de leurs programmes respectifs de réglementation et de surveillance concernant les produits biologiques connexes.

La DGPSA a entrepris la mise en place de plusieurs mesures qui se sont révélées efficaces pour doter les postes vacants.

L'Initiative des ressources humaines, dirigée conjointement par la DPBTG, la DPSC et l'inspectorat de la DGSPA, a pris

fin durant cette période. Elle avait pour but d'accélérer la dotation à l'interne et le recrutement de personnel hautement qualifié pour pourvoir les nombreux postes en temps opportun, afin d'être en mesure d'exécuter les programmes efficacement.

Les directions mentionnées ci-dessus ont déployé beaucoup d'efforts pour tenir conjointement des concours génériques. Ces grands concours internes et externes ont servi à repérer une trentaine d'évaluateurs biomédicaux et une quarantaine de médecins. Au cours de cette période, 11 évaluateurs biomédicaux et 12 médecins ont été recrutés et nommés. La plupart des candidats restants seront disponibles pour pourvoir d'éventuels postes vacants.

D'autres concours internes et externes ont été lancés pour doter les postes vacants. Ainsi, on a nommé plus de 25 personnes qualifiées à divers postes.

On a procédé à la nomination interne ou externe de certaines personnes sans tenir de concours, dans les cas où on considérait que cette démarche était dans le meilleur intérêt de la fonction publique. Pour doter les postes dans les secteurs où on remarquait une pénurie de personnel, on a recruté une quinzaine de candidats qualifiés dans des salons de l'emploi ou à partir du répertoire de Santé Canada en sciences et technologie ou d'autres sources. De plus, une dizaine d'étudiants qui avaient travaillé pour le Ministère dans le cadre d'un programme de stage ont été recrutés à la fin de leurs études au moyen des mécanismes de transition visant les étudiants.

On a tenu d'autres concours durant cette période pour doter les postes vacants. La période de dotation devrait prendre fin bientôt.

Au cours de l'année financière 2002-2003, on est passé de 180 à 217 postes comblés au sein de la DPBTG. La Direction a lancé de son propre chef plusieurs concours, ce qui lui a permis de doter certains postes vacants. On continue d'accorder une attention particulière à la dotation afin de s'adapter aux phénomènes d'attrition et de mouvance interne et de remédier aux lacunes sur le plan de l'expertise.

Au chapitre de la dotation à court terme, la DPSC continuera d'accorder la priorité au recrutement et à la nomination de médecins et d'autres spécialistes qui œuvrent dans des domaines où on remarque une pénurie. La Direction a tiré le meilleur profit possible des concours conjoints visant à embaucher des médecins et des évaluateurs biomédicaux. Le personnel de la Division des produits biologiques et biotechnologiques de la DPSC est passé d'environ 23 à 25 membres.

À l'échelle des centres nationaux de coordination et des centres opérationnels régionaux, l'Inspectorat de la DGPSA compte 14 postes relatifs aux produits biologiques. Tous ces postes sauf deux sont dotés de façon permanente. On en est à prévoir des concours ou d'autres projets, qui seront lancés bientôt afin de pourvoir les postes vacants de façon permanente.

Index

A

abus d'alcool ou d'autres drogues 15, 67, 69, 129

Accord des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé - Février 2003 9, 24, 37, 40, 42, 86, 112, 113

acrylamide 57

activité physique/forme physique 10, 29, 45, 46, 56, 129, 132, 139, 140

aidants 40, 42, 46

aînés/adultes âgés/vieillissement 14, 20, 29, 40, 45, 47, 52, 68, 105, 129, 140

air, pollution et qualité 62, 139

alcool 31, 67

  effets et syndrome de l'alcoolisme foetal 47, 82, 129

aliment/vivrière 10, 15, 23, 29, 30, 48, 52, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 66, 72, 73, 75, 80, 82, 86, 101, 108, 121, 122, 124, 133, 140, 141, 144, 152

Autochtone/Premières Nations et Inuits 10, 13, 14, 15, 17, 20, 23, 26, 33, 49, 52, 56, 78, 79, 80, 82, 85, 87, 88, 89, 90, 93, 94, 99, 107, 109, 110, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 129, 131, 133, 143, 144, 145, 147, 148, 149, 150

  Initiative sur le diabète chez les Autochtones 82, 86, 110

  Programme d'aide préscolaire aux Autochtones 82, 150

  Programme de lutte contre l'abus de solvant chez les jeunes 83

  Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones 83

  Programmes de soins de santé/projets de démonstration/sites 88, 148, 149

  Réseau canadien autochtone du sida 80

  Services de santé non assurés 83, 89, 107, 120, 150

  Soins à domicile et en milieu communautaire 81, 110

  Système d'information sur la santé des Premières nations et des Inuits 86, 111

  Télésanté - Premières nations et les Inuits 85, 110

B

biotechnologie 31, 54, 62, 63, 65, 153

C

changements climatiques 31, 63, 64, 107

Comité d'éthique pour la recherche 102

Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada/Commission Romanow 17, 38

D

dossiers électroniques de santé 51, 86, 92, 113

E

eau 29, 48, 62, 64, 66, 73, 80, 86, 101, 133, 141, 144
enfants/jeunes 14, 20, 25, 29, 45, 46, 49, 52, 53, 66, 69, 73, 81, 83, 129, 131, 139, 145
développement des jeunes enfants 18, 47, 53, 82, 118
Programme d'action communautaire pour les enfants 47
entente des premiers ministres sur la santé - Septembre 2000 17, 28, 34, 38, 42, 87, 95, 109, 112, 113
environnement de travail/santé au travail/travailleurs 15, 21, 26, 31, 40, 61, 62, 63, 65, 66, 104

F

femme 28, 38, 41, 80, 82, 99, 129, 134, 135
enceinte 47, 82, 129
Programme de contributions pour la santé des femmes 41
Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé 102

G

génétique 16, 30, 55, 152
génomique - recherche et développement 43, 54, 61

H

hôpitaux/hospitalisation 28, 37, 80, 81, 85, 89, 122

I

immunisation/vaccins 29, 43, 48, 49, 51, 80, 132, 133, 138, 145
infirmières/soins infirmiers 39, 42, 81, 85, 94
Inforoute Santé du Canada Inc. 91, 113
Infostructure canadienne de la santé 34, 43, 78, 90, 91, 92, 120, 123
Institut canadien d'information sur la santé 93, 112, 120, 123, 146
Instituts de recherche en santé du Canada 26, 48
invalidité 33, 44, 46, 79, 81, 99, 139
irradiation 59

L

Lois
Loi canadienne sur la protection de l'environnement 62, 64, 65, 117
Loi canadienne sur la santé 13, 14, 17, 20, 28, 37
Loi réglementant certaines drogues et autres substances 13
Loi sur la protection des renseignements personnels 86
Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques 86
Loi sur la réglementation de l'usage du tabac 69

Loi sur le contrôle des renseignements relatifs aux matières dangereuses 26
Loi sur le ministère de la Santé 13
Loi sur les aliments et drogues 13, 65, 72
Loi sur les brevets 26
Loi sur les produits antiparasitaires 10, 13, 18, 32, 71, 73, 75, 112

M

maladie(s) 10, 15, 31, 33, 43, 44, 45, 46, 50, 52, 66, 68, 78, 79, 80, 99, 121, 137, 143, 144, 146
cancer 45, 46, 52, 63, 64, 136, 137, 138
cardiaque/cardiovasculaire 45, 137, 138
chronique 18, 29, 45, 46, 56, 60, 82, 132, 137, 139
circulatoire 136
diabète 20, 45, 46, 51, 82, 137
gastro-entérite 66
grippe 50
hépatite C 29, 48, 49, 118, 123
infectieuse/transmissible 26, 51, 138
méningite 57
respiratoire/asthme 29, 45, 48, 132, 136, 137, 139
rhumatismale/rhumatisme 59, 137
tuberculose 80
variole 43, 49, 117, 118
VIH/sida 20, 29, 42, 48, 80, 150
médecins/docteurs 28, 37, 39, 85, 92, 94, 129, 150
médicaments 15, 20, 26, 30, 31, 39, 49, 54, 55, 57, 59, 83, 107, 117, 122, 125, 133, 141, 150
anti-inflammatoire non stéroïdien 59
examen commun des médicaments 39, 117
médicaments et produits à usage vétérinaire 30, 54, 55, 57, 58, 122

N

nucléaire 50, 62, 63
nutrition 45, 52, 54, 56, 60, 82, 85
Programme canadien de nutrition prénatale 47, 82, 144, 150

O

obèse/obésité 46, 56, 133, 140

P

pelouse 72, 74, 77

pharmaciens/pharmacies 39, 79, 85, 89, 107, 150
poids 45, 47, 56, 60, 129, 133, 140, 144
Portail canadien sur la santé 92, 93, 109, 146
produits antiparasitaires/pesticides 15, 20, 32, 70, 71, 72, 73, 74, 76, 108, 111, 121
Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire 23, 32, 71, 72, 75, 76, 108, 111, 122, 124
produits biologiques 15, 20, 30, 50, 54, 55, 63, 152, 153
produits de santé naturels 15, 20, 30, 54, 55
protection des renseignements personnels 34, 84, 86, 91

R

radiation/radioactivité/radiologique 31, 50, 62, 63, 65, 122
régions rurales/éloignées/isolées 29, 40, 41, 45, 79, 82, 89, 92, 94, 110, 144
Réseau canadien de la santé 52, 108, 146
résistance aux antimicrobiens 52, 59

S

sang 9, 29, 48, 58, 125, 152
santé mentale 29, 41, 45, 53, 82, 83, 129
sécurité 18, 43, 50, 54, 61, 70, 95, 105
services d'urgence/mesures/interventions/urgences 18, 29, 30, 44, 49, 52, 55, 63, 100, 109
soins dentaires 79, 81, 83, 89, 150
soins palliatifs 28, 38, 40
soins primaires 9, 15, 33, 36, 38, 39, 79, 80, 81, 85
Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires 36, 39, 100, 118, 120, 123
substances chimiques 15, 21, 31, 50, 62, 63, 64, 65, 71, 74, 117
syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) 9, 18, 48, 51, 57, 95

T

tabac/tabagisme 10, 15, 18, 20, 25, 31, 62, 67, 68, 69, 83, 133, 142, 143
télésanté 92, 113, 146
toxicomanie(s) 15, 67, 82, 111

V

Virus du Nil occidental 9, 18, 48, 52, 58, 72, 74, 86, 129